اضطرابات السلوك
الفوضوى

الدكتور أحمد محمد أبوزيد
الدكتورة هبة جابر عبد الحميد



اضطرابات السلوك الفوضوي

تأليف

د. أحمد محمد جاد الرب أبوزيد
دكتوراه في الصحة النفسية والتربية الخاصة

د. هبة جابر عبد الحميد
مدرس الصحة النفسية بكلية التربية
جامعة سوهاج



مكتبة الأنجلو المصرية

بطاقة فهرسة

ابو زيد ،احمد محمد جاد الرب .

اضطرابات السلوك الفوضوى

تألـيـف الدكتور احمد محمد جاد الرب ابو زيد

١٧× ٢٤ سـم

١- الاطفال ، علم النفس

٢- اضطرابات السلوك

٣- العنوان

أ – عبد الحميد ، هبه جابر (مؤلف مشارك)

رقـم الإيداع :٢٠١٤/٢٥٦٨٧ تصنيف ديوى :١٥٥,٤

ISBN :٩٧٨-٩٧٧-٠٥-٢٩٤٩-٢

طبع فى جمهورية مصر العربية بمطبعة محمد عبد الكريم حسان

مكتبـة الانجلـو المصريـة ١٦٥ شارع محمد فريد القاهرة – مصر

تليفون : ٢٣٩١٤٣٣٧ (٢٠٢) ؛ فاكس : ٢٣٩٥٧٦٤٣ (٢٠٢)

E-mail : angloebs@anglo-egyptian.com
www.anglo-egyptian.comWebsite :

بسم الله الرحمن الرحيم

« اقْرَأْ بِاسْمِ رَبِّكَ الَّذِي خَلَقَ (١) خَلَقَ الْإِنْسَانَ مِنْ عَلَقٍ (٢) اقْرَأْ
وَرَبُّكَ الْأَكْرَمُ (٣) الَّذِي عَلَّمَ بِالْقَلَمِ (٤) عَلَّمَ الْإِنْسَانَ مَا لَمْ يَعْلَمْ (٥)»

صدق الله العظيم

سورة العلق

إهداء

إلى أساتذتنا

ومن علمونا

إلى الآباء والمعلمين

والعاملين في مجال الصحة النفسية والتربية الخاصة

إلى طلاب التربية الخاصة

المؤلفان

بسم الله الرحمن الرحيم

مقدمة :

يعد السلوك الفوضوي من الاضطرابات الشائعة في مرحلة الطفولة ، وهو من الاضطرابات الملاحظة من قبل الآباء والمعلمين والمحيطين بالطفل نظرا لأثاره السلبية المتعددة التي ترهق كل المحيطين والمتفاعلين مع الطفل.

ويعد الكتاب الحالي واحد من الكتب المهمة في مجال الصحة النفسية والتربية الخاصة ، ويعد الكتاب الأول الذى يتناول مفهوم السلوك الفوضوي في البيئة العربية ، ومصطلح اضطرابات السلوك الفوضوي هو ترجمة للمصطلح الأجنبي Disruptive Behavior Disorders.

وتم في الفصل الأول مناقشة مفهوم السلوك الفوضوي وعلاقته بالمفاهيم الأخرى ، والنظريات المفسرة له ، ومكوناته ، وموقعه من الاضطرابات السلوكية. وتم في الفصل الثاني مناقشة أسباب السلوك الفوضوي الوراثية ، والأسرية ، والنفسية السلوكية ، والمعرفية ، والتعلمية ، والاجتماعية.

وتم في الفصل الثالث مناقشة أعراض وتشخيص اضطرابات السلوك الفوضوي ، وفريق التشخيص اللازم لعملية التشخيص ، وطرق التشخيص ، وبعض أدوات التشخيص . وتم في الفصل الرابع عرض خصائص الأطفال ذوى السلوك الفوضوي والاضطرابات المصاحبة للسلوك الفوضوي ومنها الاضطرابات البيولوجية ، والاضطرابات السلوكية ، والاضطرابات النفسية ، واضطرابات السلوك الاجتماعي ، والاضطرابات المعرفية ، واضطرابات التعلم.

وتم في الفصل الخامس عرض أهم أساليب العلاج المستخدمة في خفض وعلاج اضطرابات السلوك الفوضوي مدعمة بنتائج أحدث الدراسات ، ومن أساليب العلاج : العلاج الطبي ، والعلاج السلوكي ، والعلاج السلوكي الطبي ، والعلاج المعرفي ، والعلاج السلوكي المعرفي ، والتدريب على المهارات الاجتماعية، والتدريب الوالدي ، والعلاج باللعب.

وتم في الفصل السادس عرض لأساليب تربية وتعلم ذوى اضطراب السلوك الفوضوي ، ومن هذه الأساليب ما يتعلق بالأسرة ، وما يتعلق بالمدرسة ، ومن هذه الأساليب : أساليب المعاملة الوالدية وعلاقتها باضطرابات السلوك الفوضوي ، نظم تعلم ذوى اضطرابات السلوك الفوضوي ، أساليب تربية وتعلم ذوى اضطرابات السلوك الفوضوي ، استراتيجيات وتوجيهات عامة لتربية وتعلم ذوى اضطرابات السلوك الفوضوي في المدرسة.

وأخيراً الحمد لله رب العالمين الذى وفقنا لإتمام هذا العمل.

ونتمنى أن يحوز الرضا من كل من يطالعه.

المؤلفان

الفهرس

الفصل الأول

السلوك الفوضوي

- الاضطرابات السلوكية
- مفهوم الاضطرابات السلوكية
- اضطرابات السلوك الفوضوي
- مفهوم السلوك الفوضوي
- أشكال السلوك الفوضوي
- أنواع اضطرابات السلوك الفوضوي
- معدل انتشار اضطرابات السلوك الفوضوي
- النظريات المفسرة لاضطرابات السلوك الفوضوي
- اضطرابات السلوك الفوضوي لدى ذوي الاحتياجات الخاصة

الفصل الأول

السلوك الفوضوي

تعتبر الاضطرابات السلوكية من أكثر المشكلات التي تواجه الأطفال والمراهقين والتي تؤرق الآباء والتربويين ، والاضطرابات السلوكية مشكلة عامة تنتشر في كل المجتمعات وفي كل البيئات ، وتنتشر بين الذكور والإنـاث ، والاضطراب السلوكي مشكلة ذات أبعاد متعددة ، أولها : التأثير السلبي المباشر على الطفل نفسه ، وثانيها : أن المشكلة التي يعانى منها الطفل تؤثر على الآخرين المحيطين بالطفل مثل : الآباء والمعلمين والأخوة والزملاء والأقران ، وثالثها : إذا ما تطور الاضطراب السلوكي أصبح مشكلة تهدد المجتمع من خلال أنماط السلوك الشاذ الذي يصدر عن الأفراد مثل : السلوك العنيف والجنوح والسلوك المضاد للمجتمع ، ورابعها : أن الاضطراب السلوكي إذا لم يتم علاجه مبكراً ربما ينمي أو يتحد مع اضطراب أخر ليشكل عدداً أخر من الاضطرابات الأخرى يصعب علاجها.

ويتميز الأطفال ذوى الاضطرابات السلوكية بأنهم غير قادرين على إقامة علاقات صداقة ناجحة ، والواقع أن مشكلتهم الأوضح هي الإخفاق في تكوين روابط عاطفية مرضية ومقنعة مع الآخرين ، وبعض هؤلاء الأطفال انسحابيون وانطوائيون (أسامة البطانية وآخرون ، ٢٠٠٧ ، ٤٥٣) .

ويعرف الاضطراب لغويا : بأنه الفساد أو الضعف ، أو الخلل ، وهو لفظ يستخدم في مجال علم النفس بصفة عامة ، وفى مجال علم النفس الإكلينيكي بصفة خاصة ، وكذلك يستخدم في مجال الطب النفسي. وهو يطلق على الاضطرابات التي تصيب الشخصية من ناحية التفكير، أو الانفعال ، أو السلوك، ويعنى سوء توافق الفرد مع ذاته ، ومع الواقع الاجتماعي الذي يحيا فيه (مصطفى كامل ، ١٩٨٧ ، ٥٢-٥٣).

ويعرف السلوك بأنه : كل ما يصدر عن الكائن الحي من حركات إرادية

وغير إرادية ، شعورية أو لاشعورية ، ويكون على نوعين السلوك الخارجي الظاهري ، والسلوك الداخلي الباطني (سميرة البدرى ، ٢٠٠٥ ، ٩٩).

ويعرف السلوك الإنساني بأنه : كل الأفعال والنشاطات التي تصدر عن الفرد سواء كانت ظاهرة أم غير ظاهرة. ويعرفه آخرون بأنه : أي نشاط يصدر عن الإنسان سواء كان أفعالاً يمكن ملاحظتها وقياسها كالنشاطات الفسيولوجية والحركية أم نشاطات تتم على نحو ملحوظ كالتفكير والتذكر والوساوس وغيرها. والسلوك ليس شيئاً ثابتاً ولكنه يتغير ، وهو لا يحدث في فراغ وإنما يحدث في بيئة ما ، وقد يحدث بصورة لاإرادية آلية ، مثل : التنفس والكحة ، ويحدث بصورة إرادية مقصودة واعية ، وهذا السلوك يمكن تعلمه ، ويتأثر بعوامل البيئة والمحيط الذي يعيش فيه الفرد. فالسلوك هو النشاط الذي يعبر به الفرد عن علاقاته وتفاعلاته بمن حوله (بطرس حافظ ، ٢٠٠٥ ، ١٥).

ويعرف السلوك المضطرب بأنه : الشكل الثابت والمتكرر من السلوك في فترة زمنية معينة ، والذي يصدر عن الفرد فيؤذي نفسه أو الآخرين ، ويؤدي هذا السلوك إلى انتهاك حقوق الآخرين ، ويخالف قواعد المجتمع ، ونظمه وقوانينه ، ويخالف السلوك الذي يصدر عن الأغلبية من الأفراد في نفس مستوى الفرد ، وهذا السلوك يمكن ملاحظته من قبل الآخرين المحيطين بالفرد أو من قبل الفرد ذاته.

مفهوم الاضطرابات السلوكية :

تعرف الاضطرابات السلوكية بأنها اضطرابات سيكولوجية تتضح عندما يسلك الفرد سلوكاً منحرفاً بصورة واضحة عن السلوك السائد في المجتمع الذي ينتمي إليه الفرد ، بحيث يتكرر هذا السلوك باستمرار، ويمكن ملاحظته ، والحكم عليه من قبل الراشدين الأسوياء ممن لهم علاقة بالفرد (جمعه يوسف ، ٢٠٠٠ ، ٣٠) .

ويشير اصطلاح اضطرابات السلوك إلي مجموعة من الاضطرابات العقلية لدى الأطفال والمراهقين ، ليست تالية لأمراض أو عيوب جسمية أو لاضطرابات

ارتجافية ، كما أنها ليست جزءً من ذهان أو عصاب محدد تماماً . واضطرابات السلوك الأولية هي استجابات لبيئة غير ملائمة إذ تبدو كمشاكل نمو شخصية كالسمات الثابتة غير المرغوب فيها ، والعادات غير السليمة ؛ كعادات قضم الأظافر ، ومص الأصابع ، والتبول اللاإرادي ، والاستمناء ، وثورة الغضب ، كما تظهر اضطرابات الجناح ، وسوء السلوك ؛ كالمروق ، والشجار أو المقاتلة، والعصيان ، والكذب ، والسرقة ، والتزييف ، وإشعال الحريق ، وتخريب الممتلكات، وتعاطي الكحول أو المخدرات أو القسوة ، والاغتصاب الجنسي ، والتشرد. أو تظهر في سمات عصبية معينة ؛ كاختلاجات الوجه ، وأخيراً كمشاكل دراسية وتربوية عموماً ، ثم كصعوبات مهنية ، كما يشار للأطفال الذين لديهم مثل هذه الاضطرابات باسم الأطفال المشكلين (كمال دسوقي ، ١٩٨٨ ، ١٧١).

ويعرف المضطرب سلوكياً بأنه الفرد الذي يسلك سلوكاً مختلفاً عن أقرانه، وكلما زاد تباين سلوكه زاد اعتبارنا له على أنه شاذ ، أو مشكل ، أو مضطرب، بالإضافة إلى الاتساق مع ما هو محرم من قبل المجتمع مثل : السرقة ، أو الكذب، أو الاغتصاب (زكريا الشربيني ، ١٩٩٤ ، ١٥) .

وتعرف الاضطرابات السلوكية والانفعالية بأنها : فئة من السلوكيات المنحرفة والمزمنة والمفرطة تتراوح ما بين الأفعال الاندفاعية والعدوانية إلى الأفعال الاكتئابية والانسحابية تعصف بتوقعات الشخص المدرك عن المعايير الملائمة للسلوك ، والذي يرغب في أن تتوقف هذه السلوكيات (طلعت منصور ، ٢٠٠٢ ، ٣٣).

ويعرف الاضطراب الانفعالي بأنه : حالة تبدو فيها أفعال الفرد غير مرغوبة ومزعجة وقد تكون ضارة إلى حد يعوق عملية التعلم مما يجعله بحاجة إلى خدمات خاصة لمواجهتها (عبد العزيز الشخص ، وعبد الغفار الدمياطي،١٩٩٢، ٦٠).

ويعرف مصطلح الاضطرابات السلوكية والانفعالية بأنه : مصطلح عام مستخدم من قبل التربويين البريطانيين ليصف مدي واسع من الصعوبات

الاجتماعية والشخصية للأفراد ، والتي تعبر عن نفسها في صورة سلوك فوضوي يعوق النمو التربوي والاجتماعي للأفراد ، وأن هذا المصطلح لا يصف حالة مرضية معينة أو اضطراب معين بل هو مصطلح عام يشمل العديد من الاضطرابات الأخرى (Cooper & O»regan,2001,19).

ويعرف الاضطراب السلوكي بأنه : عبارة عن سلوك يصدر من الصغار ينتهكون فيه معايير وقوانين عامة ، أو معايير مؤسسات اجتماعية خاصة ، وذلك بشكل متكرر وخطير بحيث يستلزم إجراءات قانونية ضد من قاموا بهذا السلوك (زيدان السرطاوي ، وكمال سيسالم ، ١٩٩٢).

ويرى المؤلفان أن الاضطراب السلوكي هو سلوك غير تكيفي يصدر عن الأطفال ، يخالف السلوك الذي يصدر عن الغالبية العظمي من الأطفال الذين هم في نفس مستوى الطفل ، أو يخالف ما تآلف المجتمع على أنه سلوك عادي، ويتصف هذا السلوك بأنه متكرر ومستمر، ويثير غضب وانزعاج المحيطين بالأطفال ؛ مثل الآباء والإخوة والمعلمين والزملاء والأقران ، ويترتب على هذه الاضطرابات اضطرابات أخرى نفسية واجتماعية وتعلمية.

ويتضح مما سبق عدم اتفاق الباحثين في تحديد مصطلح الاضطرابات السلوكية والانفعالية ، ويرجع ذلك لاختلاف الباحثين في تحديد السلوك السوي، واختلاف النظريات المفسرة للاضطراب ، والمعايير المحددة للسلوك المضرب، ويرجع هذا كله إلي اختلاف البيئات ، والثقافات ، والعادات والتقاليد ، والنظم المعمول بها داخل المجتمع ، والتي تشكل شخصية الفرد. ويبقى تحديد السلوك السوي والسلوك الشاذ وقفاً على المجتمع ، حيث أن المجتمع هو الذي يحدد ماهية السلوك السوي والسلوك الشاذ بناءً على عاداته وتقاليده ونظمه وتشريعاته، وتتفق المجتمعات والجهات العلمية والنظريات في كون الاضطراب السلوكي هو مخالفة قواعد المجتمع ، والسلوكيات الغريبة التي يأتي بها الفرد ، والتي تكون مخالفة لسلوكيات الغالبية العظمي من نفس أفراد المجتمع المناظرين لهم.

مظاهر الاضطرابات السلوكية :

يمكن تصنيف المشكلات السلوكية في ستة مجالات رئيسية ، وهي:

- المشكلات الانفعالية .
- المشكلات الاجتماعية.
- المشكلات التعليمية .
- المشكلات الدينية والخلقية .
- المشكلات الاقتصادية .
- المشكلات الصحية والجسمية (أحمد زكي ، ١٩٨٦ ، ١٦٣) .

وكشفت دراسة إيمان أبو ضيف (١٩٩٨ ، ١٦) أن الاضطرابات السلوكية هي :

- ضعف الانتباه.
- القلق المفرط .
- القلق الأكاديمي .
- ضعف الانصياع الاجتماعي .
- ضعف القوة الجسمية .
- ضعف الشعور بالهوية.
- المقاومة المفرطة.
- الانسحابية المفرطة .
- ضعف قوة الأنا .
- العدوانية المفرطة .
- الاعتمادية المفرطة .
- اللوم الذاتي المفرط.

وتتمثل المشكلات السلوكية التي يعاني منها بعض التلاميذ في عدة مظاهر منها ما يلي :

- العدوان اللفظي والبدني على الطلاب والمدرسين .

- المشكلات الأخلاقية.
- السرقة.
- التدخين.
- تناول المسكرات والمخدرات
- الهروب من الحصص.
- اتلاف الممتلكات العامة . وهذه المشكلات قد تكون موقفيه طارئة ، كما قد تكون ذات استمرار نسبي أو استدامة بما يعرقل الأداء الدراسي للتلميذ (إبراهيم الخليفى ، ١٩٩٨ ، ٦٩).

ويرى حامد زهران (١٩٨٠ ، ٤١٩) أن مظاهر الاضطرابات السلوكية للمراهقين تتمثل فيما يلي :

- العناد .
- الكذب .
- سرعة الغضب .
- السرقة.
- الهروب المدرسي والغياب المتكرر.
- التعصب لجماعة عدوانية .
- الميل للتخريب.
- الاعتداءات البدنية .
- الاعتداءات اللفظية .
- الإدمان .
- القلق.
- التأخر الدراسي.
- الانحرافات الجنسية.

ويمكن ملاحظة العديد من المؤشرات التي تشير إلى اضطراب الطفل السلوكي في المدرسة ، والتي يمكن ملاحظتها وهى : الهرب ، عدم الطاعة ،

تحدي سلطة المدرس وسلطة المدرسة ، التراشق بالألفاظ النابية ، والتدخين ، والاندماج في عصابات للشجار (سعد جلال ، ١٩٨٦ ، ٣٧٣).

ويلخص شارلز وهوارد (١٩٨٩) المشكلات السلوكية لدى الأطفال في الاضطرابات الآتية :

- السلوك غير الناضج مثل : النشاط الزائد ، ضعف الانتباه والتشتت ، والاعتمادية الزائدة .
- السلوك المرتبط بعدم الشعور بالأمن مثل : القلق والخوف والاكتئاب وإيذاء الذات.
- اضطرابات العادات مثل : مص الإبهام ، ومشكلات الأكل واللازمات .
- مشكلات العلاقة مع الرفاق مثل : العدوانية ، تنافس الأشقاء ، الصحبة السيئة ، القسوة ، والعزلة الاجتماعية .
- السلوكيات اللا اجتماعية مثل : العصيان ، نوبات الغضب ، عدم الأمانة، الكذب ، الغش ، الكلام البذيء ، إشعال الحريق ، التخريب ، الهروب من البيت والمدرسة ، والتحيز .
- مشكلات أخرى مثل : السلوك الجنسي غير المناسب ، وعادات الدراسة الخاطئة.

اضطرابات السلوك الفوضوي :

يعد اضطراب السلوك الفوضوي[1] من الاضطرابات السلوكية التي شغلت الآباء والمعلمين والباحثين في علم النفس لما يسببه من مشكلات تعوق التوافق في البيئة ، وهو أحد الاضطرابات السلوكية التي يعانى منها الصغار والكبار، وشأنه شأن العديد من الاضطراب السلوكية الأخرى التي لاقت العديد من الخلافات حول تحديد المفهوم.

ويعتبر مفهوم السلوك الفوضوي مفهوم حديث نسبيا ، وعلى الرغم من ذكره في أدبيات علم النفس إلا أنه ما زال مفهوماً جديداً ، وهو كاضطراب

1 - Disruptive Behavior Disorder

يعمل على كسر قواعد المدرسة ، ويؤدي إلى قلقة التعلم وبيئة التعلم ، والعلاقة مع المدرسة (Veiga,,2008, 203).

وتعرف الفوضى بأنها : الاختلاط بلا نظام ، ويقال : قوم فوضى أي لا رئيس لهم ، ويقال أموالهم فوضى بينهم أي هم شركاء متساوون فيها ، ولا تباين في الحصص بينهم (الأداء ، ١٩٩٧ ، ٤٠٣)

ويجب أن نتعرف أولا قبل الغوص في ماهية هذا الاضطراب أن السلوك الفوضوي مفهوما ثقافيا حضاريا يختلف باختلاف الثقافات والبيئات، فما يعد سلوكا فوضويا في بيئة غربية قد لا يعد سلوكا فوضويا في بيئة شرقية ، وذهب Kaplan , et al (2002). إلى أن السلوك الفوضوي داخل فصل دراسي معين يختلف عن السلوك الفوضوي في فصل دراسي آخر.

مفهوم السلوك الفوضوي :

تعددت مفاهيم السلوك الفوضوي بتعدد الباحثين وطبيعة الدراسات التي تناولته ، وكذلك باختلاف الثقافات والبيئات ، فيرى بعض الباحثين أن السلوك الفوضوي مفهوما عاماً يتضمن مجموعة من الاضطرابات السلوكية المكونة له ، ويرى فريق آخر أن السلوك الفوضوي مفهوماً خاصاً يستدل عليه من خلال مجموعة من الأعراض ونتناول في هذا العرض توضيحا لهذه الآراء .

فاتفاقا مع الفريق الأول نرى أن بعض الباحثين يرون أن اضطراب السلوك الفوضوي يتكون من مجموعة من الاضطرابات هي :-

- اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد.
  Attention Deficit Hyperactivity Disorder
- اضطراب العناد المتحدي Oppositional Deficit Disorder
- اضطراب المسلك[٢] Conduct Disorder

(Kutcher, et al, 2000;Hunter, 2003, 39)

---

٢ - تم في هذا الكتاب ترجمة مصطلح Conduct Disorder إلى مصطلح اضطراب المسلك ، وهي ترجمة شائعة في البيئة العربية.

واختلافا مع هذا الفريق استبعد (2004) Mcburntt، et al.. اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد من اضطرابات السلوك الفوضوي واقتصاره على اضطراب المسلك واضطراب العناد المتحدي.

وتوصل (2004,14) Kutcher, et al. إلى أن ٥٠ ٪ من الأطفال ذوى اضطراب الانتباه يعانون من اضطراب المسلك واضطراب العناد المتحدى ، وترتفع هذه النسبة مع تزايد العمر ، وأن كل الأطفال ذوى اضطراب المسلك واضطراب العناد المتحدى يعانون من اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ، ونرى أن هذه النتائج تسير في خط دائري لتصل إلى نفس الهدف وهو تلازم الاضطرابات الثلاثة لتكوين السلوك الفوضوي.

فأوضحت الدراسات أن الأطفال ذوى اضطراب المسلك لديهم تاريخ مبكر للإصابة باضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد. وكشفت الدراسات أن حوالي ٨٢٪ إلى ٩٥٪ من الأطفال ذوى اضطرب المسلك لديهم اضطراب العناد المتحدي ، كما كشفت الدراسات أن حوالي ٦٠ ٪ من الأطفال ذوى الاضطراب السلوكي تم تشخيصهم مبكراً باضطراب نقص القدرة على الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ، وأن حوالي ٢٠ ٪ - ٣٠٪ تقريباً من أطفال المدرسة الابتدائية ذوى اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد لديهم اضطراب تصرف (محمد عبد الرحمن ، منى على ، ٢٠٠٣ ، ٢٤ - ٢٥).

ويقترب السلوك الفوضوي من المؤسسات العالمية فيلخص Breslow et al (1999,214) لآراء مؤلفي دليل تشخيص الاضطرابات النفسية وإحصائها على النحو التالي :-

- تم إضافة اضطراب العناد المتحدي إلى اضطراب السلوك الفوضوي في الطبعة الثالثة D.S.M.III

- تم فصل اضطراب المسلك عن اضطراب السلوك الفوضوي في الطبعة الثالثة المعدلة D.S.M.III-R ، وكذلك فصل السلوك العنيف المتواصل ضد الآخرين ، والصيغ الاجتماعية المتضمنة في اضطراب العناد المتحدي التي تعتبر نموذجا للتحدي والتمرد والعصيان.

- ويرى كل من محمد عبد الرحمن ومنى خليفة (٢٠٠٣ ، ١٣) أن الدليل التشخيصي الإحصائي في طبعته الرابعة عام ١٩٩٤ قد ميز بين ثلاثة أنوع من اضطرابات السلوك الفوضوي هي : اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ، واضطراب العناد المتحدي ، واضطراب المسلك.

وجاء فصل الصيغ العدوانية والعنيفة من اضطرابات السلوك الفوضوي في الطبعة الرابعة إلا أن العديد من الباحثين استخدم السلوك العدواني والسلوك العنيف كأحد مكونات السلوك الفوضوي ، حيث كانت العلاقة ارتباطيه بين كل من اضطرابات السلوك الفوضوي واضطراب السلوك العدواني والعنيف (Kaplan,et al،2002,192 Reitman), et al،2001,311).

وتم وصف اضطرابات السلوك الفوضوي في الطبعة الرابعة المعدلة من الدليل التشخيصي الإحصائي في ثلاثة اضطرابات هي :

- اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد.
- اضطراب العناد المتحدي.
- اضطراب المسلك (American Psychiatric Association، 2000).

وراجع (2000) Loeber, et al الدراسات السابقة التي تمت منذ عشرة سنوات حول اضطراب العناد المتحدي واضطراب المسلك ، وقد توصل إلى وجود أدلة تميزية تميز بين أعراض اضطراب العناد المتحدي واضطراب المسلك ، وأكدت على وجود جدل حول كون السلوك العدواني جزءً من اضطراب العناد المتحدي واضطراب المسلك.

ويشير اضطراب السلوك الفوضوي إلى نوعية المشكلات التي توجه أطفالنا عندما يكون لديهم صعوبة في إتباع القواعد التي يقوم بها معظم الأطفال الآخرين. وتتمثل أهم مشكلات السلوك الفوضوي فيما يلي :

- يتصف هؤلاء الأطفال بالتحدي والعصيان حتي عندما يعرفون أنهم سوف يعاقبون.

- يتصفون بنوبات غضب قد تكون أكثر تواترا وشدة من الأطفال في متوسط أعمارهم.

- يتصفون بالعدوانية ويميلون إلى تنفيذ السلوك التدميري. وهذا قد ينطوي على أضرار في ممتلكات الناس ، أو السرقة ، أو سلوك تهديدي أو خطر.

- الاختلاف دائما ، مما يجعل الجدل والمواقف الصغيرة تبدو أكبر مما هي عليه بالفعل. فالأطفال الذين يعانون من هذا اضطراب غالباً ما يريدون أن تكون لهم الكلمة الأخيرة.

- يرفضون القيام بالمهام اليومية مثل الواجبات المنزلية أو النظافة الشخصية.

ومعظم الأطفال من المحتمل أن تكون غرفهم غير مرتبة ، ويرفضون المساعدة في الأعمال المنزلية. فهم يرفضون دائماً القيام بأي شيء للمساعدة ، ويتجاهلون الأشياء الأساسية ، مثل : النظافة والصحة العامة.

- كل الأطفال يكذبون ، خاصة إذا كانوا خائفين من الوقوع في مشكلة أو يريدون شيئا ماساً ، وأن هذا اضطراب يقع بشكل متكرر.

- الأطفال الذين يعانون من اضطراب السلوك الفوضوي يظهرون سلوكاً مضاداً أو معادياً للمجتمع ، وغالباً ما تظهر سلوكيات مثل : الغضب المفرط، والشتم ، والسلوك العدواني مثل : البصق على الناس ، ويتجاهلون مراراً وتكراراً حقوق ومشاعر الآخرين.

وهناك بعض السلوكيات التي تصف الأشكال المتطرفة من هذا السلوك، وهي :

- اضطراب العناد المتحدي
- اضطراب المسلك
- اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد (T.M.H.C.,2002).

ويتكون اضطراب السلوك الفوضوي من اضطراب العناد المتحدي ، واضطراب المسلك .(Kisicki & French,2011,507)

وتوصل كل من (2010) Pardini & Fite أن اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد منبئ بزيادة اضطراب العناد المتحدي واضطراب المسلك على مر الزمن.

وكشفت دراسة (1997) Kuhne, et al أن هناك ارتباط قوي بين اضطراب المسلك في الطفولة واضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد.

وكشفت الدراسات التي تمت على الأطفال في عمر المدرسة ، وعلى صغار الناس أن اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد يحدث متزامنا مع اضطرابات السلوك الفوضوي الأخرى مثل : اضطراب المسلك واضطراب العناد المتحدي ، وكشفت دراسة بريطانية أن ١٠٠٪ من الأطفال ذوى اضطراب المسلك لديهم اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد .(Cooper & O»regan, 2001,18 -19)

ويأتي فريق أخر يرى أن اضطراب السلوك الفوضوي اضطراب مستقل بذاته يستدل عليه من خلال الأعراض التي تحدده وهو كباقي الاضطرابات السلوكية الأخرى قد تتداخل أعراضه وأبعاده مع الاضطرابات السلوكية الأخرى ، وفى هذا الاتجاه يرى (1998) Reese أن السلوك الفوضوي يتمثل في : الشتم ، والضرب ، والركل ، رمى الأشياء ، والتهديد اللفظي .

واتفاقا مع هذا الاتجاه يرى كل من (1998) Coleman & Holmes أن الطفل ذو السلوك الفوضوي يحاول أن يترك مقعده أو يخبطه بدون سبب ، يتسلق فوق المكتب أو يدخل تحته ، يجرى إلى الباب ، يصيح ، يصرخ ويتخبط، يُصدر أصوات غير مفهومة ، يسقط على الأرض بدون سبب.

ويري (1999,218) Vitaro, et al أن الطفل ذو السلوك الفوضوي يتصف بعدم الراحة ، وكثرة المشاجرة ، وسرعة الغضب ، والتمرد والعصيان ، والكذب ، والتنمر ، والارتباك والتلوي في جلوسه ، وعدم المشاركة ، والتهور ، وعض وضرب الآخرين.

وقام Breslow, et al (1999,218) بدارسة لتحديد أهم أعراض السلوك الفوضوي وخلُص في نتائجه إلى تحديد أهم الأعراض ، وكذلك نسبة انتشار كل عرض كما يتضح في الجدول التالي :-

جدول (١)

قائمة أعراض السلوك الفوضوي

أعراض السلوك الفوضوي	نسبة الانتشار
تراودهم فكرة الانتحار	٪ ٦١
التذمر والتنمر	٪ ٢٣
يتشاجرون مع الآخرين	٪ ٦٦
يسرقون الأشياء	٪ ٢٣
يخربون الممتلكات	٪ ٢٣
يجرون من مكان إلي آخر بدون سبب	٪ ٣٢
يتهربون من المدرسة	٪ ٢١
يتهربون من أداء الواجب المدرسي	٪ ٢١
يتصرفون بعناد وتحدى	٪ ٢٣
نقص في العلاقات الأسرية	٪ ١٤
عدم المشاركة الأسرية	٪ ٧٢
الاكتئاب	٪ ٣
يستخدمون الآلات الحادة	٪ ١٣,٦

ويتمثل السلوك الفوضوي عند Kaplan، et al (2002،192). فى إغاظة الآخرين ، والتحدث خارج الموضوع ، والخروج من المقعد بدون سبب ، وعدم احترام الآخرين.

ويتضح من العرض السابق للسلوك الفوضوي أن السلوك الفوضوي يشير إلى السلوكيات التي تثير الفوضوي والارتباك في البيئة ،

وبعض أعراض السلوك العدواني والعنيف ، ويرجع ذلك إلى تداخل بعض أعراض الاضطرابات السلوكية مع بعضها البعض.

ويوجد بعض من الباحثين قد ركزوا الانتباه على أن السلوك العدواني يعد بعداً رئيساً من أبعاد السلوك الفوضوي فيرى Bernazzani, et al. 2001 أن السلوك الفوضوي يتمثل في : معارضة الكبار ، والنشاط الزائد، والغياب من المدرسة ، والعدوان ، والكذب ، والعنف الجسدي ضد الناس والحيوان ، والتخريب.

ويرى Reitman, et al. (2001,311) أن السلوك الفوضوي يتمثل في : التذمر ، واللعب بخشونة ، والعدوان ، وعدم الطاعة ، والتعامل غير المناسب مع الأشياء ، ومغادرة الأماكن بدون سبب.

ويشمل عند Kutcher, et al (2004,17) العدوان ، والنشاط الزائد ، ونقص الانتباه ، والاندفاعية ، ونقص الاجتماعية.

وتوصل Hildebrand, et al (2004) أن السلوك الفوضوي يشمل الإساءة اللفظية ، والتهديد اللفظي ، والعنف البدني ، وكسر القواعد.

ويشمل عند Charlebois, et al (2004،204) القصور فى التركيز والصعوبة في الانتباه ، والتململ والتلوي فى المقعد ، والتذمر ، والضرب، والعض وتحطيم وركل الأشياء ، وعدم المشاركة.

وتوصل Barry, et al (2005) إلى أن اضطراب السلوك الفوضوي يتمثل في : مشكلات الانتباه ، والعدوان ، والجنوح.

وتوصل آخر إلى أن السلوك الفوضوي يتمثل فى : الغضب ، وعدم الطاعة والسلوك العدواني ، والسلوك الجنسي (Fricker، et al 2005) .

ويتضح من هذا العرض أن السلوك العدواني والسلوك العنيف والعدائية من أبعاد السلوك الفوضوي ، وكما ذكرنا آنفا إن ذلك يرجع إلى الارتباط القوى بين السلوك العدواني والسلوك الفوضوي ، حيث توصل بعض الباحثون إلى وجود علاقة قويه بين اضطراب السلوك الفوضوي والسلوك العدواني (Daniel, et al. 2004; Johnson, et al. 1995).

وتـتمه للحديث عن مفهوم السلوك الفوضوي توصل كل من Mcminn & Draper 2005 إلى أن السلوك الفوضوي يتمثل في : الأصوات غير المناسبة مثل : الصياح ، واللغة البذيئة ، والعويل ، والاستفسارات غير المناسبة والمتكررة.

ويعرف السلوك الفوضوي بأنه مجموعة استجابات تسبب إزعاجاً ، أو اضطراباً في البيئة ، أو تمنع شخصاً أخر من القيام بعمله. وفى غرفة الصف فالاستجابات الفوضوية هي التي تعيق العملية التعلمية التعلمية بشكل أو بأخر ، مثل: الإزعاج اللفظي كإصدار أصوات غير ملائمة ، التصفير ، الغناء ، القهقهة ، الخ ، والخروج من المقعد أو تحريك المقعد بطريقة مزعجة ، وإلقاء الأشياء على الأرض ، وغيرها من الأفعال غير الانضباطية (جمال الخطيب ومنى الحديدي ، ٢٠٠٤ ، ٦٥).

ويشير اضطراب السلوك الفوضوي إلى ما يبديه الطفل من سلوكيات غير ملائمة للموقف ، ويشمل النشاط الزائد ، والاندفاعية ، ونقص الانتباه ، والعناد المتحدي ، واللامبالاة ، والضوضاء ، واللاجتماعية ، وتؤدى هذه السلوكيات إلى الفوضى والارتباك في البيئة ، وتعوق قدرة الطفل على التوافق ، وتأخذ شكلا مستمراً مكرراً ، متعدداً إلى حد ما يدركه ويتأذى منه المحيطون.

ونرى في هذا التعريف أنه خلاصة لما توصل إليه الباحثون في تحديد ماهية السلوك الفوضوي ، وأنه يلتزم بوضع خطوط عريضة للسلوك الفوضوي، كما أنه يمتاز بالمرونة في وضع تفصيلات تناسب اختلاف البيئات والثقافات ، أما عن الخطوط العريضة فهي كما يلي :-

- يشمل السلوك الفوضوي أبعاداً محدده تتمثل في : النشاط الزائد، الاندفاعية ، نقص الانتباه ، اللاجتماعية ، اللامبالاة ، العناد المتحدي ، الضوضاء .

- يجمع بين شكلين من السلوك ، السلوك الفوضوي المادي والسلوك الفوضوي اللفظي - وهذا لا يعنى الفصل - وإنما الدقة والشمول.

- لا يمكن الحكم على أن طفل ما يعانى من السلوك الفوضوي إلا إذا كان شكل السلوك مستمرا مكرراً متعدداً.

- طبيعة السلوك الفوضوي أنه اضطراب سلوكي يسير في اتجاهين : الاتجاه الأول أنه يعوق قدرة الطفل أو الشخص المصاب به على التوافق مع البيئة ، أو التوافق مع نفسه ، أما الاتجاه الثاني : فإنه يسبب ضرر للمحيطين بالطفل ؛ مثل الآباء ، والإخوة ، والجيران ، والأقران.

أشكال السلوك الفوضوي:

يقع السلوك الفوضوي في شكلين من السلوك هما :-

- السلوك الفوضوي المادي : ويشمل الضرب ، والتحطيم ، ورمى الأشياء ، والسرقة ، والقصور في أداء الواجبات.

- السلوك الفوضوي اللفظي : ويشمل الصراخ ، والبكاء ، والعويل ، واللغة البذيئة ، والأسئلة غير المناسبة ، والأصوات غير المفهومة ، حيث استخدم كل من Mcminn & Draper (2005) مصطلح Vocally Disruptive Behavior للإشارة إلي السلوك الفوضوي اللفظي.

ويتنوع السلوك الفوضوي الصادر من الطفل بتنوع البيئة التي يتفاعل فيها الطفل الواحد كما يلي : -

- السلوك الفوضوي الصادر من الطفل في المنزل.
- السلوك الفوضوي الصادر من الطفل في المدرسة.
- السلوك الفوضوي الصادر من الطفل في المجتمع.
- السلوك الفوضوي في ذات الطفل.

وتعدد أشكال السلوك الفوضوي لا يعنى الفصل أو تجزئة السلوك الفوضوي إلى أنواع ، فالسلوك الفوضوي المادي يصاحبه سلوك فوضوي لفظي.

وخلاصة القول أن اضطرابات السلوك الفوضوي تشمل مجموعة من الاضطرابات ، واتفاقاً مع معظم الباحثين تشمل اضطرابات السلوك الفوضوي الاضطرابات الآتية :

- اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ADHD
- اضطراب العناد المتحدي ODD.
- اضطراب المسلك CD.

أنواع اضطرابات السلوك الفوضوي:

بناءً على ما تم عرضه من أراء وتوجهات حول اضطرابات السلوك الفوضوي نري أن اضطرابات السلوك الفوضوي فئة ضمن فئات الاضطرابات السلوكية والانفعالية ، تتكون من مجموعة من الاضطرابات السلوكية الأخرى تحدث متزامنة مع بعضها البعض وهذا الأكثر شيوعاً ، وربما تحدث منفردة وهذا قليل الحدوث ، وهذه الاضطرابات هي : اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ، واضطراب العناد المتحدي ، واضطراب المسلك ، ونعرض لمفهوم هذه الاضطرابات بشيء من التفصيل على النحو التالي :

اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد :

يعتبر اضطراب الانتباه من المصطلحات التي ظهرت حديثاً والتي تظهر بشكل واضح لدى الأطفال ، وقد يصاحبه فرط النشاط أو لا يصاحبه.

وظهر مصطلح اضطراب الانتباه في بداية القرن التاسع عشر على أنه اضطراب عضوي ، وذلك لإصابة الشعوب في نهاية الحرب العالمية الأولى بإصابات دماغية لانتشار وباء التهاب المخ ، فظهرت جملة أعراض تميز فئة ذوى اضطراب الانتباه ، ومع بداية عام ١٩٨٠ تراجع الاتجاه العضوي ، وظهر الاتجاه السلوكي ، وبدأ ينظر إلى اضطراب الانتباه لدى الأطفال على أنه اضطراب سلوكي (سعيد دبيس والسيد السمادونى ، ١٩٩٨ ، ٩٠ – ٩١).

ويذكر كل من Nussbaun & Bigler عام ١٩٨٠ أن مصطلح اضطراب الانتباه من المصطلحات الحديثة ، حيث أنه لم يتم التحديد الدقيق لهذا الاضطراب إلا في بداية الثمانينات من هذا القرن ، فقد كان يشخص قبل ذلك على أنه ضعف فى القدرة على التعلم ، أو أنه خلل بسيط في وظائف المخ Minimal

Minimal Brain أو إصابة بسيطة في المخ ، (Brain Dysfunction MBD Injury MBI) (السيد علي ، وفائقة محمد ، ١٩٩٩، ٣٤).

وكان يطلق عليه أيضاً مسميات متعددة مثل : فرط الحركة Hyperkinetic ، فرط النشاط Hyperactivity ، رد فعل الطفولة مفرط النشاط Hyperkinetic Reaction of Children ، وأخيرا اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ADHD (عبد الرقيب البحيري وعفاف عجلان ، ١٩٩٧ ، ٦).

وميّزت الجمعية الأمريكية للطب النفسي في دليل تشخيص الاضطرابات النفسية وإحصائها الثالث DSM.3rd,1980 بين نوعين من اضطراب الانتباه وهما :

- اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ADHD.
- اضطراب الانتباه غير المصحوب بالنشاط الزائد ADD (سعيد دبيس، السيد السمادونى ، ١٩٩٨ ، ٩١).

وقامت جمعية الطب النفسي الأمريكية بإجراء مراجعة للطبعة الثالثة من دليل تشخيص الاضطرابات النفسية وإحصائها الثالث DSM-III-R,1987 ، دمجت فيها فرط النشاط الحركي مع اضطراب الانتباه ، ومنذ ذلك التاريخ أطلق عليه مصطلح اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ، وهذا ما أكدته الطبعة الرابعة من دليل تشخيص الاضطرابات النفسية وإحصائها DSM.4rd (Gomez&condon,1999,150 (Halgin&Whitbourne,1997,383)

ويلاحظ أن مصطلح اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ADHD في الطبعة الثالثة المعدلة من دليل تشخيص الاضطرابات النفسية وإحصائها الثالث DSM.3rd,1987 يختلف عن مصطلح اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ADHD في تسمية الطبعة الثالثة من دليل تشخيص الاضطرابات النفسية وإحصائها عام ١٩٨٠(عبد الرقيب البحيري ، وعفاف عجلان ، ١٩٩٧ ، ١٩).

وتم إلغاء التمييز بين اضطراب الانتباه والنشاط الزائد لعدم وجود أدلة

تطبيقية تدعم التمييز أو تقف خلفه ومن ثم قررت جمعية الطب النفسي الأمريكية APA أن تتعامل مع اضطرابات الانتباه كمكون واحد أطلقت عليه اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ADHD (فتحي الزيات ، ١٩٩٨ ، ٢٦١).

ويؤكد ذلك عبد المنعم الدردير (١٩٩٩ ، ٧٥) حيث توصل إلى أن جميع أبعاد مقياس اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ADHD والتي تشمل نقص الانتباه والاندفاعية والنشاط الحركي الزائد تقيس مشكلة واحدة وهي : اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد.

وهذا ما أكدته الطبعة الرابعة من دليل تشخيص الاضطرابات النفسية وإحصائها DSM.4rd,1994 ، حيث أشارت إلى أنه لا يوجد سوى نوع واحد من هذا الاضطراب ، وهو اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ADHD ، وأن اضطراب الانتباه والنشاط الزائد عرضان متلازمان لاضطراب واحد ، وليس نمطين منفصلين (السيد على ، ١٩٩٩ ، ٥ ؛ Gomez&condon,1999,150).

وأشار Cooper & O regan (2001,5) إلى وجود تشابه بين معايير اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد في الدليل التشخيصي الإحصائي الرابع لجمعية الطب العقلي الأمريكية ومعايير فرط الحركة Hyperkinetic Disorder في إصدار منظمة الصحة العالمية عام ١٩٩٠ ، بالرغم من وجود فروق بين الاضطرابين من وجهة نظر المعلمين.

حتى بالرغم من أن كل من Lahey, et al.,1980;Edelbrock, et al.,(1983) رأوا أن اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ADHD ، واضطراب الانتباه غير المصحوب بالنشاط الزائد ADD مختلفان (عبد الرقيب البحيري ، وعفاف محمد ، ١٩٩٧ ، ٧).

ويعتقد Barkley (2005) أن اضطراب الانتباه غير المصحوب بالنشاط الزائد يختلف في خصائصه ومشكلاته عن اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد.

وأن عامل النشاط الزائد مستقل عن المشاكل السلوكية الأخرى ، ويتشبع

بالتهور والنشاط الحركي المفرط وعدم الانتباه ، وأكدت بعض الدراسات أن النشاط الزائد يتداخل جزئياً مع بعض مشكلات السلوك (صلاح الشريف ، ١٩٩١ ، ٦٢٩).

ويستخدم مصطلح اضطراب الانتباه مع أو دون النشاط الزائد Attention Deficits with and without Hyperactivity من قبل عيادات الصحة النفسية (خالد الفخراني ، ١٩٩٥ ، ١١٠).

ويتصف الأطفال ذوى ADHD بعدم القدرة على الانتباه والاندفاعية وفرط النشاط ، ويتصف الأطفال ذوى ADD بعدم القدرة على الانتباه والاندفاعية (Halgin& Whitbourne,1997,383).

وتوصلت ابتسام السطيحة (١٩٩١ ، ٩٨) إلى وجود أربعة أنواع لاضطراب الانتباه لدى الأطفال هم :

- اضطراب الانتباه غير المصحوب بالنشاط الزائد ADD.
- اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ADHD.
- اضطراب الانتباه غير المصحوب بالنشاط الزائد مع صعوبات التعلم ADD+LD.
- اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد مع صعوبات التعلم ADHD+LD.

وبقدر ما طرأ على مصطلح اضطراب الانتباه من تطورات وتغيرات فهناك العديد من التعريفات التي قدمها التراث السيكولوجي ، ومعظم هذه التعريفات مستقاة من دليل تشخيص الاضطرابات النفسية وإحصائها الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي ، وقد ركزت أكثر هذه التعريفات على أعراض اضطراب الانتباه عند تعريف مصطلح اضطراب الانتباه سواء كان المصحوب بالنشاط الزائد أم غير المصحوب بالنشاط الزائد. ونعرض التعريفات التي تناولت مصطلح اضطراب الانتباه على النحو التالي :

اضطراب الانتباه غير المصحوب بالنشاط الزائد ADD.

ورد في دليل تشخيص الاضطرابات النفسية وإحصائها الثالث DSM.3rd,1980 أن اضطراب الانتباه غير المصحوب بالنشاط الزائد يعنى عدم القدرة على الانتباه ، والقابلية للتشتت ، أي الصعوبة التي يواجهها الطفل في التركيز عند قيامه بالنشاط ، ويكون نتيجته عدم قدرة الطفل على إكمال النشاط بنجاح (سعيد دبيس ، والسيد السمادونى ، ١٩٩٨ ، ٩١).

ويعرف بأنه مفهوم نفسي فسيولوجي يشتمل على عدد من الأوجه منها عدم التركيز والبحث ، وعدم التروي ، وعدم القدرة على تركيز الانتباه لاختيار المثيرات (خالد الفخراني ، ١٩٩٥ ، ١١٣).

ويعرف اضطراب الانتباه بأنه ضعف القدرة على التركيز ، والقابلية للتشتت ، وضعف المثابرة على أداء النشاط ، وصعوبة نقل الانتباه من مثير إلى أخر أو من مهمة إلى أخرى (عبد الرحمن سليمان ، ٢٠٠١، ٢٢٦).

اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ADHD.

ورد في دليل تشخيص الاضطرابات النفسية وإحصائها الثالث DSM.3rd,1980 مصطلح اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ADHD ، ويعنى عدم القدرة على الانتباه ، والاندفاعية ، وفرط النشاط (ابتسام السطيحة ، ١٩٩٧ ، ٢٨ – ٢٩).

ويذكر Lampert, et al.,(1990) أن مصطلح اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد يعنى مجموعة من الأعراض توجد لدى الطفل تشمل : قصر فترة الانتباه ، والتسرع ، والتململ الحركي ، وتعتبر هذه الزملة من الأعراض جزءاً من أنماط سلوكية في نظام اجتماعي مثل : البيئة المدرسية ، أو المنزلية (عبد الرقيب البحيري ، وعفاف عجلان ، ١٩٩٧ ، ٥).

ويعرف مصطلح اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد بعدم القدرة على الانتباه ، والاندفاعية ، والنشاط الحركي .Cooper & O›regan,) (2001,3

ويذكر زكريا الشربيني (١٩٩٤) أن اضطراب الانتباه يتصف بنقص

مدى الانتباه ، والاندفاعية ، وفرط النشاط لدى الطفل ، حيث يكون الطفل دائم النشاط والحركة تقريباً لدرجة تجعله موضوع شكوى في الروضة أو المدرسة أو المنزل (Gomez&condon,1999,150)..

ويعرف اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد بأنه : مصطلح يستخدم لوصف الأطفال مفرطي الحركة ، سريعي الانفعال والتسرع أكثر من معظم الأطفال الآخرين ، في معظم الوقت. ويترافق مع مشكلة اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد قصور في التركيز والانتباه ، وغيرها من مشكلات أخرى في التعلم (T.M.H.C., 2002)

ونلاحظ مما سبق أن مصطلح اضطراب الانتباه من المصطلحات الحديثة فقد تطور من اضطراب عضوي إلى اضطراب سلوكي ، وبالرغم من أن دليل تشخيص الاضطرابات النفسية وإحصائها DSM في طبعته الثالثة المعدلة وفى طبعته الرابعة أكد على وجود نوع واحد لاضطراب الانتباه وهو « اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ADHD» إلا أنه في طبعته الرابعة المعدلة قام بالفصل بين مصطلح اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ADHD ، ومصطلح اضطراب الانتباه غير المصحوب بالنشاط الزائد ADD، وبذلك يتفق مع طبعته الثالثة عام ١٩٨٠ ، وهذا ما تؤيده الدراسات التشخيصية التي تناولت الأفراد المصابين باضطراب الانتباه ، وكذلك البحوث والدراسات السابقة والكتابات السيكولوجية التي تناولت مصطلح اضطراب الانتباه سواء المصحوب أو غير المصحوب بالنشاط الزائد Roy 2000 Dale ; Carol2000 & Carol2000

اضطراب العناد المتحدي Oppositional Deficit Disorder

يلعب اضطراب العناد المتحدي دوراً مهماً في تنمية المرض النفسي المبكر ، وله دور مركزي بين الاضطرابات الداخلية والخارجية ، والتي تحدث بسبب الأعراض السلبية لاضطراب العناد المتحدي (Burke، et al2010).

ويتصف الأطفال ذوو اضطراب العناد المتحدي غالباً بعدم الطاعة ،

ويظهرون حالة مزاجية قابلة للإثارة والتهيج والسلبية ، وغالباً ما تكون هذه المشاكل ذات طبيعة مزمنة ومتكررة ، ويظهر هؤلاء الأطفال ذوو اضطراب العناد سلوك المعاندة والتحدي والمعارضة بمستوى أكثر خطورة وبدرجة أكبر مما يظهره أقرانهم من نفس السن والجنس. وتتضمن السلوكيات المحددة التي من الممكن أن يظهرها الأطفال ذوو اضطراب العناد المتحدي كل من : انتهاك القواعد ، ونوبات الغضب ، المجادلة مع ممثلي السلطة ، مضايقة الآخرين ، لوم الآخرين على مشاكلهم الخاصة ، والقسم المتكرر (محمد عبد الرحمن ، ومنى على ، ٢٠٠٣ ، ٢٠).

ويعرف اضطراب العناد المتحدي بأنه : مصطلح يستخدم لوصف الأطفال الذين يغضبون بسرعة ويجادلون كثيراً. ويتصفون بالتحدي والاعتراض ، وهذا النوع أكثر شيوعاً في الأطفال الأصغر سناً الذين يتحدون في كثير من الأحيان والديهم ومعلميهم. وعادة هؤلاء الأطفال لا يوصفون بالقسوة ، أو الترهيب ، أو السلوك المضادة للمجتمع ولكن هذا قد يتطور إذا لم يتم التعامل مع مشاكلهم (T.M.H.C2002)

ويتصف الأطفال والمراهقين ذوي اضطراب العناد المتحدي بعدم الطاعة ، السلبية ، انتهاك القواعد الثابتة ، نوبات غضب ، المجادلة مع الآخرين ، مضايقة الآخرين ، لوم الآخرين على مشاكلهم الخاصة ، بالإضافة إلي إظهار الحالة المزاجية القابلة للإثارة والتهيج ، ويظهر ذوي الاضطراب المعاند أو المتعارض سلوك التحدي والمعارضة بمستوى أكبر وأكثر خطورة من أقرانهم في نفس السن (فوقية رضوان ، ٢٠٠٣ ، ٨٥).

ويعرف اضطراب العناد المتحدي بأنه نمط متكرر من السلوك السلبي والمعارضة وعدم الطاعة والسلوك العدائي تجاه السلطة ، وتظهر هذه السلوكيات لمدة لا تقل عن ستة أشهر على الأقل (Kisicki & French, 2011,507).

ويتميز هذا الاضطراب وفقا للدليل التشخيصي الإحصائي الرابع بالخصائص الآتية : –

- يفقد الطفل غالبًا أعصابه ، فمزاجه متقلب ، ولا يستطيع ضبط نفسه.
- يجادل غالبًا الكبار.
- يظهر غالبًا الغضب ، ويبدو سريع الامتعاض.
- يتوق غالبًا لإغاظة الآخرين ، ويحب الانتقام منهم.
- يلوم غالبًا الآخرين على أخطائه أو سوء تصرفاته.
- يخلق غالبًا إزعاجات للآخرين.
- يظهر غالبًا حساسية زائدة ، وينزعج من الآخرين بسهولة.

ويقع اضطراب العناد المتحدي في ثلاثة أشكال رئيسة هي :

- المقاومة السلبية : حيث يتأخر الطفل في امتثاله ، أو يشكو ويتذمر بدلاً من أن يطيع.
- التحدي الظاهر : «لن أفعل ذلك» حيث يكون الطفل مستعداً لتوجيه إساءة لفظية أو للانفجار في ثورة غضب للدفاع عن موقفه.
- أسلوب العصيان الحاقد : ويؤدي إلى قيام الطفل بعمل عكس ما يطلب منه تماماً (شارلز ، وهوارد ، ١٩٨٩ ، ٤٠٤ - ٤٠٥).

اضطراب المسلك Conduct Disorder :

يعد اضطراب المسلك واحد من اضطرابات الطفولة السلوكية الأكثر انتشارا ، ويترتب عليه الكثير من المشكلات الأخرى الخطيرة في المستقبل (Dick, et al. 2011)

ويظهر الأطفال ذوى اضطراب المسلك نمطاً مستمراً من انتهاك حقوق الآخرين ، وانتهاك المبادئ والقواعد المتفق عليها. وتشمل المشكلات السلوكية نطاقاً واسعاً تتراوح بين القدرة على المواجهة الصريحة مع الضحية إلى سلوكيات عدم القدرة على المواجهة. وتشمل سلوكيات المواجهة الصريحة : الهجوم على الآخرين المصحوب بالمواجهة ، والعدوانية ، والاعتداء الجنسي على الآخرين. وتشمل سلوكيات عدم المواجهة عمليات مثل : السرقة بدون مواجهة ، والغياب ، والهروب ، وإساءة استخدام مادة أو عقار (محمد عبد الرحمن ، منى على ، ٢٠٠٣ ، ٢٣).

ويعرف اضطراب المسلك بأنه الأسلوب الثابت والمتكرر من السلوك ، أو التصرفات العدوانية أو غير العدوانية التي تنتهك فيها حقوق الآخرين ، وقيم المجتمع الأساسية أو قوانينه المناسبة لسن الطفل في البيت والمدرسة ووسط الرفاق وفي المجتمع ، على أن يكون هذا السلوك أكثر خطورة من مجرد الإزعاج المعتاد أو مزاحات الأطفال والمراهقين أو اضطرابات العناد الشارد (محمود حمودة ، ١٩٩٨ ، ١٣١ - ١٣٢).

ويعرف بأنه نمط متكرر ودائـم من السلوك لدى الأطفال والمراهقين الذي تنتهك فيه حقوق الآخرين ، ولا يتبع القواعد الاجتماعية الأساسية ، ويُظهر الطفل هذا السلوك في العديد من الأماكن ، مثل : المدرسة والأسرة ، ويسبب هذا الاضطراب إعاقة في وظائفهم الأكاديمية والاجتماعية والأسرية (A.A.C.A.P.,1997).

ويشير اضطراب المسلك إلى مجموعة من المشكلات السلوكية والانفعالية لدى الأطفال والمراهقين تتضمن السلوكيات السيئة أو الجانحة ، والتصرف على نحو لا يتبع القواعد ، أو بطريقة غير مقبولة اجتماعيا(A.A.C.A.P.,2004) ويعرف بأنه مجموعة معقدة من المشكلات السلوكية والعاطفية لدى الأطفال والمراهقين ، ويتميز هذا الاضطراب بملامح رئيسة هي: نمط تكراري وثابت في انتهاك حقوق الآخرين ، وكسر القواعد والمعـايير الاجتماعية (A.P.A., 1994, 85)

ويعرف اضطراب المسلك بأنه مصطلح يستخدم لوصف الأطفال الذين لديهم باستمرار مشكلة في كسر القواعد المعقولة التي وضعها الوالدين أو المدرسين. (T.M.H.C., 2002).

ويعرف اضطراب المسلك بأنه أكثر حده من اضطراب العناد المتحدي ، ويتضمن أنماط سلوكية مثل : انتهاك حقوق الآخرين ، وانتهاك المعايير والقواعد الاجتماعية التي تتناسب مع أعمارهم ، العنف ، والسرقة ، والخداع ، وعدم الالتزام بالمدرسة .(Kisicki & French,2011,507)

ويختلف اضطرب المسلك عن العديد من الاضطرابات السلوكية الأخرى فى العديد من الخصائص منها :

– أن العدوان سواء كان بدنياً أو لفظياً يشكل حجر الزاوية في هذه الاضطرابات .

– أن الأضرار الناجمة عن اضطرابات المسلك توجه للآخرين وللممتلكات وللقواعد والمعايير الاجتماعية في المقام الأول ، وذلك بعكس كثير من الاضطرابات السلوكية التي قد تنحصر أضرارها في الشخص نفسه أو في حدود ضيقه حوله (الأسرة) .

– أن هذه المجموعة تضم اضطرابات كثيرة ومتنوعة ، يشكل كل واحد منها خطورة في حد ذاته ، وقد يصل تأثيرها السيئ إلى أشخاص وجهات مجتمعية يصعب حصرها .

– أنه يمكن أن توجد في مختلف المراحل العمرية .

– أن الحالات التي تستمر منها مضطربة يمكن أن تتطور إلى اضطرابات أكثر خطورة (جمعه يوسف ، ٢٠٠٠ ، ٢٥٣).

ويتصف الأفراد ذوى اضطراب المسلك بالمظاهر الآتية :

– السلوك العدواني الذي يسبب أذى إلى الناس والآخرين والحيوانات مثل : التخويف ، والضرب ، والقسوة الجسدية

– تدمير ممتلكات الآخرين.

– خداع أو سرقة مثل : اقتحام منزل ، أو سيارة ، أو الكذب.

– البقاء خارج المنزل لمدة طويلة.

– التغيب من المدرسة.

– انتهاك القوانين (A.A.C.A.P.,1997).

ويرى كل من Christophersen & Mortweet (2001) أن اضطراب المسلك يمكن تصنيفه إلى ثلاثة مستويات هي :

– اضطراب سلوكي خفيف Mild Conduct Disorder

- اضطراب سلوكي معتدل Moderate Conduct Disorder
- اضطراب سلوكي شديد Severe Conduct Disorder

ويوجد نمطين لاضطراب المسلك هما :

- **النمط الأول :** في بداية مرحلة الطفولة ، ويحدث قبل سن العاشرة . وقد يظهر عرض واحد لاضطراب المسلك في هذه المرحلة. والشباب الذين تعرضوا لاضطراب المسلك في مرحلة الطفولة عادة ما يكونوا من الذكور ، ويظهرون سلوكاً عدوانياً مادياً ، ويعانون من اضطراب في العلاقات مع الأقران ، وربما كانوا يعانون من اضطراب العناد المتحدي أثناء الطفولة المبكرة ، وهؤلاء الأفراد عادة ما يصلون إلى أعراض هذا الاضطراب قبل سن البلوغ.
- **النمط الثاني** : ويظهر في بداية المراهقة ، ويبدو أفراد هذه المجموعة أقل عدوانية من النمط الأول ، ويبدون علاقات طبيعية مع الأقران ، وهم أقل احتمال لتطوير اضطـــراب الشخصية المضادة للمجتمـــع في مرحـــلة الرشد (Braithwaite & Westworth ,2001).

ويتصف اضطراب المسلك في بداية العمر بأنه : اضطراب سيكاتري عصبي Neuropsychiatric Disorders ، ويعاني أفراده من مشكلات في الذكاء ، وعجز الانتباه ، والإفراط في النشاط ، والعدوان ، ويتصف أفراده في مرحلة المراهقة بانخفاض التعاطف ، وقلة الندم ، وسوء فهم الآخرين ، وانخفاض تقدير الذات ، والانتحار(McMains، et al, 2003).

ويصنف دليل تشخيص الاضطرابات النفسية وإحصائها اضطراب المسلك إلى ثلاثة أنواع هي :

- نمط يحدث فى بداية الطفولة أي يحدث قبل سن ١٠ سنوات.
- نمط يحدث في بداية المراهقة أي لا يحدث قبل ١٠ سنوات.
- نمط غير محدد (McMains, et al. 2003)

ويقع هذا الاضطراب ضمن فئة كبرى هي الاضطرابات السلوكية والانفعالية التي تبدأ عادة في مرحلة الطفولة والمراهقة وهو اضطراب عقلي غير

محدد . ويقع تحت هذه الفئة الرئيسة عدة فئات فرعية منها :

- فئة اضطراب فرط الحركة وتضم عدة فئات من بينها اضطراب المسلك مفرط الحركة .
- فئة اضطرابات المسلك وتضم الجناح.
- اضطراب المسلك المقتصر على إطار العائلة.
- اضطراب المسلك غير المتوافق اجتماعياً.
- اضطراب المسلك المتوافق اجتماعياً .
- اضطراب المعارضة المتحدية « العناد الشارد».
- اضطرابات أخرى غير محددة .
- فئة الاضطرابات المختلطة في المسلك والانفعالات ومنها : اضطرابات المسلك الاكتئابي ، اضطرابات أخرى غير محددة (أحمد عكاشة ، ١٩٩٨ ، ٦٠٣).

معدل انتشار السلوك الفوضوي :

تشير نتائج البحوث والدراسات والأطر النظرية أن اضطراب السلوك الفوضوي يصيب قطاع عريض من المجتمع ، يشمل الصغار والكبار ، والذكور والإناث ، ويصيب كل المجتمعات والأعراق.

أكد بعض الباحثين تزايد عدد الأطفال والمراهقين المحالين إلى المراكز والعيادات النفسية بسبب السلوكيات الفوضوية التي يقومون بها (Gilmour,et al. 2004) ، وتتراوح نسبة انتشار السلوك الفوضوي لدى الأطفال والمراهقين بين ١٢ ٪ - ٣٦ ٪ Frank & Fegert,2004).

وبينت نتائج الدراسات إلى أن السلوك الفوضوي ينتشر بين الذكور والإناث ، والصغار والكبار (Comaty,et al.2001;Mark&Robert,2000).

واستكمالا للحديث عن الذكور والإناث نرى أن الباحثين اختلفوا في تحديد الفروق بين الذكور والإناث ، فتوصل بعض الباحثين إلى أن الذكور يعانون من السلوك الفوضوي أكثر من الإناث Daniel، et Daniel, et al,2004 & Lier, et al,2003 ، وقد يرجع ذلك إلى طبيعة الأنثى وما يفرضه عليها تكوينها

الجسمي وطبيعة المجتمع من قيود يجعلها غير قادرة على التعبير الكامل عن مشاعرها ، ومع ذلك تـوصل (1996) Einfeld & Tonge إلى عدم وجود فروق بين الذكور والإناث في السلوك الفوضوي.

وقام الباحثون بدراسة السلوك الفوضوي على الأفراد في مختلف الأعمار وتعتبر المرحلة العمرية من ٦ : ١٢ سنه هي أكثر مرحلة ينـتشر فيها اضطراب السلوك الفوضوي(Ronald,2004 : Lier,et al.2003) .

وهناك مؤشرات تدل على أن الباحثين قـــاموا بدراسة السلوك الفوضوي في مرحلة ما قبل الـمدرسة (Lier,et al.2003; Huang,et al. 2003) ، وإن كانت هذه المرحلة من العمر تتطلب جهداً كبيراً في التشخيص حتى لا تختلط الخصائص العمرية لهذه المرحلة مع أعراض السلوك الفوضوي.

وينتشر السلوك الفوضوي لدى الأطفال والراشدين حتى أن بعض الباحثين توصلوا إلى أن السلوك الفوضــوي يـمكن أن يـــكون مكتسب مـن الآبـاء الـذين يعـانون مـن الـسلوك الفوضـوي (Jan, et al. 2001; Lnes, 2002) ، وبذلك نصل إلى أن السلوك الفوضوي اضطراب يحدث في كل الأعمار.

ويعد اضطراب الانتباه من الاضطرابات الشائعة بين الأطفال حيث أنه ينتشر بين ١٠ ٪ من أطفال العالم (السيد على وفائقة محمد ، ١٩٩٩، ٩).

وتزداد هذه النسبة كلما انخفض المستوى الاجتماعي والاقتصادي الذي يعيش فيه الطفل حتى تصل إلى ٢٠ ٪ (السيد على ، ١٩٩٩، ٥).

وتبلغ نسبة اضطراب الانتباه لدى الأطفال في عمر المدرسة من ٣٪ إلى ٥ ٪ (Carson &Butcher,1992,538).

وأشار (2001،6) Cooper & Oregan إلى أن نسبة انتشار اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد تتراوح بين ١٪ – ٦٪ على مستوى العالم ، وتتراوح النسبة بين الأمريكان حوالي ٣٪ – ٥٪ ، والنسبة لدى الأطفال في عمر المدرسة تتراوح بين ٥٪ – ٧ ٪ ، وفي بريطانيا يوجد حوالي ١,٨ ٪ يعانون من

اضطراب النشاط الزائد ، وحوالي ٥ ٪ يعانون من اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد.

وبلغت نسبة اضطراب الانتباه لدى الأطفال في المملكة العربية السعودية ١٣,١٤٪ ، وهى أكثر لدى الذكور (عبد المنعم الدردير ، ١٩٩٩ ، ٤٨) ، وفى مدينة قنا « مصر» بلغت نسبة اضطراب الانتباه لدى تلاميذ الصف الرابع الذكور ٧,٨٪ (حجاج غانم ، ٢٠٠١ ، ١١٥).

وكشفت بعض الدراسات أن حوالي ٢- ١٦٪ تقريباً من المجتمع العام لديهم اضطراب العناد المتحدي ، وحوالي ٥٠ – ٦٥ ٪ من الأطفال ذوى اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط يستمرون في تطوير اضطراب العناد المتحدي. وكما هو الحال في اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد تزيد احتمالية تطوير البنين لاضطراب العناد المتحدي عن البنات. وأن حوالي ٤٪ – ١٠٪ من المجتمع العام لديهم مجموعة كاملة من أعراض اضطراب المسلك (محمد عبد الرحمن ، منى على ، ٢٠٠٣ ، ٢١ – ٢٤).

وينتشر اضطراب المسلك بين الأولاد أكثر من البنات ، وتشير الدراسات أن نسبة الانتشار بين الأولاد تتراوح بين ٦٪ إلى ١٦٪ ، بينما تنتشر بين البنات من ٢٪ إلى ٩٪ ، ويظهر في الطفولة قبل عمر ١٠ سنوات ، وبنسبة ١ : ٥ بين الأولاد والبنات والاختلاف ينقص مع تقدم العمر ، وفى المراهقة أيضا يحدث مع عدد من الاضطرابات الأخرى مثل اضطرابات المزاج ، واضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد (A.A.C.A.P.,1997).

النظريات المفسرة لاضطرابات السلوك الفوضوي:

النموذج الطبي:

ينظر المنحى البيولوجي « النموذج الطبي « إلى تفسير اضطرابات السلوك من خلال عدة مداخل فرعية وهي العوامل الوراثية والاختلالات الكيميائية الحيوية والتغير في المخ والجهاز العصبي(جمعه يوسف ، ٢٠٠٠، ٢٨٩).

وترى النظريات الحيوية Biological Theories أن اضطراب المسلك ناتج من ميل الأطفال إلى الفوضى المرتبطة بآبائهم ، فقد درس الباحثون تأثير

العوامل الوراثية على اضطراب المسلك ، وجدوا أن هناك خلفية حيوية وراثية لاضطراب الشخصية المضاد للمجتمع للآباء تعمل كمنبىء بزيادة العدوانية لدى المراهقين واضطراب المسلك والسلوك المضاد للمجتمع (A.A.C.A.P, 1997).

ويذكر كل من هوارد وأورلانسكي (١٩٨٨)أنه في بعض الحالات قد يكون هناك خلل بيولوجي إلا أنه لا يستطيع أحد أن يجزم القول فيما إذا كانت هذه الأسباب الفسيولوجية هي السبب في اضطراب المسلك أو أنها مصاحبة له بطريقة غير معروفة (خوله يحيى ، ٢٠٠٠ ، ٦٥).

نظرية التحليل النفسي:

يري « فرويد» أن الحياة النفسية عند الإنسان تتكون من ثلاثة مستويات، المستوي الأول أطلق عليه « الشعور» والذي يتكون من الخبرات التي يعيشها الإنسان ويدركها ويستطيع الوصول إليها بسهولة وهذه الخبرات هي مجموعة الذكريات والأفكار والمعلومات ، والمستوي الثاني أطلق عليه «ما قبل الشعور» ويحتوى على خبرات قريبة من الشعور ولكن توجد صعوبة في استدعائها ، والمستوي الثالث أطلق عليه «اللاشعور» ، ويتكون من الخبرات الأليمة والمخزية التي تسبب ألماً للذات ، فهي كامنة ولا يمكن التعبير عنها إلا من خلال فلتات اللسان وأحلام اليقظة وزلات القلم أو من خلال عمليات التحليل النفسي مثل التداعي الحر والتنويم المغناطيسي وغيرها (أحمد أبوزيد ، ٢٠١٢ ، ١٥٦).

وافترض « فرويد « وجود مجموعتين متعارضتين من الغرائز تدفعان السلوك الإنساني نحو الإشباع :

- **أولهما** : غريزة الحياة Life Instincts (الإيروس) وهدفها التكاثر، وتحقيق البقاء ، وحفظ النوع ، والقوي الدافعة لها الطاقة الجنسية « اللبيدو» وهي الطاقة التي تشمل كل ما تتضمنه كلمة حب سواء للذات أو الجنس الآخر ، أو الزوج ، أو الأهل والعشيرة ، أو المبادئ ، والأفكار المجردة ، أو الموضوعات الحاسية .... وهكذا ، وغاية غرائز الحياة هى الإنشاء وبناء وحدات تتزايد باستمرار.

- **وثانيهما** : غريزة الموت Death Instincts (الثانطوس) وهدفها الفناء، وهي تدفع إلى العدوان ، والتدمير ، والهلاك ، وذلك أن الهدف الأخير لكل كائن عضوي هو الرجوع إلى الحالة اللاعضوية، ومن ثم فغاية غرائز الموت هى حلّ التجميعات والوحدات سعياً إلى الفناء والعدم . فالكائن العضوي صائر إلى زوال (عبد المطلب القريطي ، ٢٠٠٥ – أ، ٢٥٨ – ٢٥٩).

ويحدث صراع في الشخصية بين مطالب ودوافع الهو التي تلح في الإشباع بصرف النظر عن المعايير الاجتماعية ومعارضة الأنا الأعلى لها ، وتقف «الأنا» لمحاولة التوفيق بين الهو والأنا الأعلى ، ويحدث السواء إذا استطاع الأنا التوفيق بين مطالب الهو وموانع الأنا الأعلى ، ويحدث اللاسواء والمرض النفسي إذا اتحد الأنا مع الهو فيصبح الإنسان مندفع أو إذا اتحد الأنا مع الأنا الأعلى أصبح الإنسان بعيداً عن أنشطة الحياة اليومية ، أو إذا انسحبت الأنا من الموقف تماماً وتركت الهو في صراعه مع الأنا الأعلى. وفي هذه الحالة يعيش الإنسان حالة من الصراع المستمر قد يعرضه للكثير من المشكلات والاضطرابات.

ويتعرض الطفل بعد مولده إلى خبرات متكررة من الاستثارة التي تعبر عن حاجات يتعين إشباعها كي تستمر حياته. ونظراً لأن الطفل يولد بحاجة إلى الاعتماد على الآخرين لفترة طويلة فإن إشباع حاجاته يرتهن بمن يرعاه وخاصة الأم. وتعد العمليات التي تحدث خلال هذه المرحلة في سياق النمو العادي أساسا لقدراته المستقبلية على الارتباط بالآخرين من خلال التقمص العاطفي Empathy والأخذ والعطاء دون اتكالية كبيرة (جوزيف ، وروبرت ، ١٩٩٩ ، ٩٠ – ٩٤).

وقد يحدث الاضطراب أيضاً عندما يخفق الفرد عن مروره بمراحل النمو التي حددها فرويد ، وهي المرحلة الفمية ، والأستية ، والقضيبية ، والكمون ، والتناسلية ، حيث تتطلب كل مراحل من المراحل إشباع من نوع معين ، وقد يتعامل الآباء والكبار بقسوة مع الطفل في هذه المراحل ، وهذا ما يعرضه للاضطراب.

ويعتبر الطبيب النفسي « ألفرد أدلر ١٨٠٧ - ١٩٣٧» أحد أتباع فرويد والمنشقين عليه ، حيث عارض تقدير فرويد للدور الكبير الذي أعطاه للعامل الجنسي فى نمو الشخصية ، واستبعد بأن يكون اللاشعور مركز الشخصية ، كما رفض تفسير فرويد لعقد أوديب ، وأعطى أهمية كبيرة للتنشئة الاجتماعية ، ورأى من الضرورة توفير جو يتسم بالحب والتقدير والدفء وعدم المغالة أو الإسراف في تربية الأبناء ، وأن أساليب التربية الخاطئة وراء السلوك المضطرب.

وتنتمي « كارين هورني « عالمة النفس الألمانية إلى الاتجاه الفرويدي ، ويندرج اسمها تحت ما يسمى بالفرويديين الجدد ، وترى هورني أن مصادر الصراع في الشخصية تدور حول مجموعة من الحاجات صنفتها « هورني « إلى ثلاثة أنواع هي : حاجات تدفع الفرد نحو الناس ، وحاجات تدفع الفرد بعيداً عن الناس ، وحاجات تدفع الفرد ضد الناس ، والشخص السوي هنا هو الذي يستطيع أن يوازن بين هذه الاتجاهات ، فكل اتجاه يحاول أن يسيطر على الشخصية ، أي أنه هناك صراع ينشأ بين هذه الحاجات.

ويعتبر « أيرك فروم » واحد من الفرويديون الجدد في مدرسة التحليل النفسي والذي اهتم بدراسة الانثروبولوجيا الاجتماعية في تفسير الكثير من الظواهر النفسية ، وأعطى للأسرة دور كبيراً في تنشئة الفرد ، وأن الصحة النفسية مرهونة بتوفير الدفء والحنان والرعاية المناسبة واستخدام الأسرة للأساليب التربوية المناسبة.

وتفرض هذه النظرية فرضاً يتعلق التسرع والاندفاعية ، حيث أن الشخص المتسرع ، أو المندفع هو فرد تسيطر « الهو « على شخصيته ، ذلك الجزء من الجهاز النفسي الذي يحتوى على الغرائز ، ويزود بالدوافع اللاشعورية لإشباع الحاجات البيولوجية الأساسية ، فالإنسان المندفع يعانى من « أنا » قاصرة بسبب عيب أو خلل في تكوين « الأنا والأنا الأعلى » والذي يرجع إلى الأساليب الخاطئة في تنشئة الطفل أو الخبرات المؤلمة ، فالأطفال ذوى النشاط الحركي الزائد لا يستثارون حسياً بالقدر الكافي ، وأن سلوكهم الحركي المفرط

هو بمثابة محاولة يقومون بها للوصول باستثارتهم الحسية إلى المستوى المطلوب (عفاف عجلان ، ١٩٩١، ٤٥-٤٨).

وأرجعت هذه النظرية نشأة سلوك النشاط الحركي الزائد إلى الوالدين حيث قد يتسببا في كثير من مشاعر الإحباط للطفل ، أو يعلمان الطفل كيف يسمو ويبدل ذلك السلوك إلى شيء بنّاء عن طريق توجيه كافة النشاط الحركي الزائد إلى الرياضة ، التي تعمل على تفريغ ذلك النشاط ، وتؤكد النظرية أيضاً على أهمية الجهاز النفسي وتوازنه ، فاضطراب « الهو » يؤدى بالفرد إلى الاندفاعية والتسرع وذلك لقصور « الأنا » ، ويكون هذا ناتجاً عن الأساليب الخاطئة في التربية والخبرات المؤلمة من البيئة المحيطة (حمدي شاكر ، ١٩٩١، ٢٤٣).

وترى هذه النظرية أنه إذا كانت « الأنا « قاصرة على التعامل مع مشكلات الواقع ، فإن الطاقة المتبقية تحت تصرف « الأنا » عند الطفل ذا النشاط الحركي الزائد تكون للتعامل مع الواقع ، فكلما قلت هذه الطاقة للطفل تقل لديه القدرة على مواجهة المشكلات ، وكلما زادت كمية الطاقة المستخدمة لحل صراعات الفرد وتحقيق اتزانه النفسي ولتحقيق احتياجاته كلما قلت كمية الطاقة المتبقية لديه ، ويمكن توظيف الطاقة النفسية للأنا في السيطرة على النشاط الزائد وتقليل الصراعات لدى الطفل الزائد النشاط (إيمان الخولى ، ٢٠٠٣ ، ١١٩).

واختلف الباحثون فى تفسير اضطراب المسلك لكن هناك العديد من النظريات حاولت تفسيره ومنها : نظريات التحليل النفسي ، حيث ترى أن السلوك العدواني والسلوك المضاد للمجتمع هو دفاع من الفرد ضد المجتمع نتيجة الحرمان الأمومي والفشل في التحكم (A.A.C.A.P.,1997).

النظرية السلوكية :

قامت النظرية بفضل جهود علماء كثيرين فقد تعود جذور هذه النظرية إلى التوجهات النظرية لكل من « ادوارد ثورنديك Thorndike » ١٨٧٤- ١٩٤٩، «وايفان بافلوف Pavlov Ivan» ١٨٤٩- ١٩٣٦ ثم جهود «جون واطسون

Watson « ۱۸۸۷ - ۱۹٥۸ التي استطاع من خلالها إقامة علم نفس قائم على التجريب مثل : العلوم الطبيعية ، وبالتالي ينظر هذا الاتجاه إلى السلوك بوصفه قابل للتجريب والقياس الموضوعي والملاحظة ثم توالت جهود علماء آخرين آثروا هذا الاتجاه أمثال : سكنر ، كلارك هل ، إدوين جاثرى ، جون دولارد ، نيل مللر ، جوليان روتر ، ويضم الاتجاه السلوكي العديد من الاتجاهات الفرعية التي تختلف فيما بينها إلا أنها تتفق على أساس واحد هو العلاقة بين المثير والاستجابة أو ما يسمى « م - س ».

ويرى كل من دولارد وميللر أن جميع أنواع السلوك هي محصلة مكونات البيئة والظروف الاجتماعية المحيطة بالفرد ، وأشارا إلى أن المشكلات السلوكية هي نوع من أنواع السلوك غير السوي تحدث نتيجة لخبرات مر بها الفرد ، واستناداً على ذلك فإن سلوك النشاط الحركي الزائد يرجع إلى الظروف البيئية المحيطة بالطفل ، ويرجع أيضاً إلى العوامل الاجتماعية والتنشئة غير المناسبة التي مروا بها خلال عملية التنشئة الاجتماعية سواء في المنزل أو المدرسة (علا قشطه ، ۱۹۹۹ ، ٥٥).

وتعتبر الاضطرابات السلوكية تجميعات لعادات سلوكية خاطئة أو غير متوافقة ، متعلمة ، ومكتسبة نتيجة للتعرض المتكرر للخبرات التي تؤدي إليها ، وهذه الاضطرابات السلوكية المتعلمة يمكن علاجها عن طريق تعديلها وتغييرها الواحدة تلو الأخرى ، تعديلاً وتغييرا من السيئ إلى الأحسن ، ومن الغريب إلى المألوف ، ومن الشاذ إلى العادي ، بحيث يصبح السلوك أكثر فاعلية ، وكفاية ، وواقعية ، وفائدة (حامد زهران ، ۲۰۰٥ - أ ، ١٦٤) .

والشخصية السوية في هذا الاتجاه رهن بتعلم عادات صحية وسليمة ، وتجنب اكتساب العادات السلوكية غير الصحيحة أو غير السليمة ، والصحة والسلامة هنا تحدد بناء على المعايير الاجتماعية المحيطة بالفرد . وبذلك فإن مظاهر الشخصية السوية عند السلوكيين هي أن يأتي الفرد السلوك المناسب في كل موقف حسب ما تحدده الثقافة التي يعيش في ظلها الفرد (علاء كفافي، ۱۹۹۹ ، ۲۷۰ - ۲۷۱).

وينكر أصحاب المدرسة السلوكية أن الآلية التي بواسطتها يتعلم الطفل السلوك المقبول هو تشريط التجنب ، حيث إن بعض المواقف واستجابات معينة تؤدي إلى تفاعلات تجنبية عامة ويصبح الطفل مشرطا ، أو متكيفا لدرجة أنه عند موقف مشابه ، أو ظهور إغواء فانه يشعر بعدم الراحة عند التفكير في الفعل الخطأ، وهذا يعني نمو ضبط النفس والضمير، وأي شيء يتداخل مع هذه العملية يُوجد استعداد لعدم التوافق أو اضطراب السلوك . ولكن العقاب المفرط القاسي قد يفرق عملية التعلم ويحدث استجابات متناقضة… وتفقد التربية كثيرا من فعاليتها عندما تنشغل الأم عن طفلها ولا تعطيه الانتباه والاهتمام ، وعندما تتناقض أقوال الوالدين مع أفعالهما، أي عندما يفتقد الطفل القدوة في القول والفعل (محمود حمودة ، ١٩٩٨ ، ١٤٧).

وتقترح النظرية السلوكية أن الظروف الوالدية مسئولة عن الحفاظ على اضطراب المسلك وتطويره (AACAP,1997).

نظرية التعلم الاجتماعي Social Learning Theory

رائدة هذه النظرية العالم « باندورا » Bandora وتـركز هذه النظرية على أهمية البيئة المحيطة بالفرد في تشكيل السلوك ، حيث يتأثر السلوك الإنساني بكل من البيئة والوراثة ، فالأفراد كائنات اجتماعية ومن خلال ملاحظة الفرد لعالمه الاجتماعي ، ومن خلال التفسير المعرفي لهذا العالم ، وكذلك الثواب والعقاب لاستجابته للمثيرات المتاحة في هذا العالم يتم تعلم المعلومات ، وكذلك المهارات والأدوات المختلفة (محمود منسي ، ٢٠٠٣ ، ١٣٢).

ويمكن للطفل من خلال النماذج التي يحاكيها أن يقلد نموذجاً سلوكياً محدداً ويتلقى التعزيز عليه ، وقد يكون هذا النموذج الذي يقلده ذو نشاط حركي زائد ، وبالتالي يكتسب الطفل هذا السلوك ، لذا فهذه النظرية لا تنظر للطفل ذو النشاط الحركي الزائد نفسه ، ولكنها تنظر لسلوك المحيطين به من أصحابه وزملائه ووالديه ومعلميه (حمدي شاكر ، ١٩٩١ ، ٢٤٦).

ويرى محمد الطيب (١٩٩٦ ، ١٤٣) أن فرط النشاط قد يكون سلوكاً

متعلماً من البيئة المحيطة أو تقليد لنموذج نشط سلوكياً كأن يقلد الطفل طفلاً أخر أكبر منه فى السن أو أكثر منه نشاطاً.

ويشير Rutter أحد منظري التعلم الاجتماعي المعرفي أن غير المتوافقين يتميزون بانخفاض حرية الحركة ، وارتفاع قيمة الحاجة لديهم ، والحرية المنخفضة للحركة قد تنشأ من طبيعة الهدف نفسه ، فإذا كان الهدف غير اجتماعي أو ضد المجتمع، فالسلوك المتبع لتحقيق الهدف معناه دعوة مفتوحة للعقاب ، والأفراد الذين يتلقون عقابا شديدا كأطفال يعممون تلك الخبرات على حاضرهم . والأفراد غير المتوافقين غالبا يطبقون التوقعات والسلوكيات من موقف لآخر وبطريقة غير مناسبة ويميلون للبحث عن مكافآت عاجلة، ويؤكدون على إشباع حاجاتهم على حساب الآخرون (جمعه يوسف ، ٢٠٠١ ، ٩٢ ـ ٩٣).

وترى النظرية الاجتماعية أن اضطراب المسلك هو محاولة لتحمل بيئة الطفل العدوانية أو للحصول على المركز الاجتماعي بين الأصدقاء ، ويرى علماء الاجتماع أن اضطراب المسلك ناتج من حياة البيت المتناقضة (AACAP,1997).

نظرية الاستجابة للضغوط Diathesis-Stress Theory

أسس هذه النظرية كل من(Bruno & Bettelheim (1973، ويرى أصحاب هذا الاتجاه أن هؤلاء الأطفال لديهم ضعف بيولوجي لتطوير استجابة مرضية معينة ، وأن أحداث الحياة الضاغطة تمثل عنصر ضاغط ، يؤدي إلى إصابة هؤلاء الأطفال باضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد (Brown & Barlow, 1997).

وهناك العديد من البحوث والدراسات التي تشير إلى وجود علاقة بين الضغوط واضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد(Austin,1999).

ويرى هذا النموذج أن الأسر والمدارس وجماعة الأقران التي لا تتسامح مع سلوكيات نقص الانتباه والاندفاع ، وفرط النشاط يعملون كنظام داعم ومنظم لتطوير مهارات ذاتية تعمل على تنمية اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد أو تفاقمه(Carr ،1999) ، في المقابل النظم الاجتماعية التي تحتوي على أعضاء أكثر تسامحا عند التعامل مع أعراض فرط نشاط ، نقص

الانتباه ، والاندفاع ، والتي توفر فرصا منظمة وداعمة لتطوير مهارات التنظيم الذاتي والذي يؤدي بدوره إلى الحد من اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد (Nolan & Carr, 2000; Wells, 2004)

نظرية الكف والاستثارة:

يري Winder أن النشاط الزائد يحدث نتيجة عدم مقدرة المخ فى إحداث توازن بين كف أو تنبيه الاستجابة ، ويرجع ذلك إلى نقص الكمية النوعية للنيروادرينالين فى الناقلات العصبية لجهاز الكف (خالد الفخرانى ، ١٩٩٥ ، ١٢٧).

النظرية البيئية:

ويتعرض كل طفل من وجهة النظر البيئية إلى مجموعة فريدة من القوى المتفاعلة تشكل سياق نموه ، وتؤثر هذه القوى في الطفل كي تشكل أنماطه التعلمية ، وأساليبه التعبيرية ، واتجاهاته ، وعاداته ، وعلاقاته ، وفي الواقع فإنها تؤثر في مختلف عملية النمو في حياة الطفل. ومع ذلك فإن الطفل لا يعتبر مجرد خامة بشرية عديمة الفاعلية ، أو يقف سلبياً حيال تلك المؤثرات ، بل له دور نشيط ومؤثر فى نظامه البيئي الفريد ، حيث نجده يؤثر بصورة مستمرة في الوالدين ، والأسرة ، وبيئة التعلم (غرفة الدراسة) ، ومختلف أفراد الجماعة التي يعيش فيها. لذلك يتعين علينا عند مناقشة نشأة مختلف أنواع مشكلات الطفولة وخصائصها ، أو المداخل النفسية والتربوية لمواجهتها أن نأخذ دائماً في الاعتبار مختلف القوى المتفاعلة التي تشكل النظام البيئي الخاص بكل طفل على حده. ويعد التعقد الكبير لتلك التفاعلات مسئولا بصورة جزئية عن الصعوبة التي تواجهنا عند إعداد برامج التدخل الفاعلة لما يواجهه الطفل من مشكلات. ورغم ذلك فإن هذه التعقيدات نفسها قد تفيد في إتاحة الفرصة لإعداد برامج تدخل مناسبة في مواطن كثيرة من مراحل حياة الطفل. وبإمعان النظر في النظام البيئي لذلك الطفل ذي العشر سنوات نجده معقد بصورة محيرة. فهناك الوالدان وبدائلهم ، والإخوة الأشقاء وغير الأشقاء ، والمعلمون ، والجيران سواء من الصغار أو الكبار ، والشرطة .... ، وكلها تؤثر في سلوك الطفل وتتأثر

به. وقد يتأثر سلوك هذا الطفل أيضاً بدرجة أو بأخرى بالظروف الاجتماعية - الاقتصادية لمجتمعه وجيرانه ، وكذلك بقيم المحيطين به وعاداتهم وإجحافهم به أو تحزبهم ضده ، وكذلك فإن ما يشاهده من برامج تلفزيونية ، وأفلام الأطفال ، وأبطال الأفلام العادية تعلب دوراً هاما في تشكيل مستويات طموحه وصياغة أفكاره عن النجاح والفشل. فتأثير وسائل الأعلام لا يتوقف عند مجرد تعريفه بالألعاب المرغوبة فحسب ، وإنما تبصره أيضاً بنوعية الأهداف والخصائص التي يجب توافرها لدى الفرد أيضاً. وبالإضافة إلى جميع تلك القوى التي تضاف إلى تلك المؤثرات وتتفاعل معها مما يضفي عليها خصائص فريدة (جوزيف ، وروبرت، ١٩٩٩ ، ٨٤ - ٨٨).

وأشار الباحثون إلى تأثير العوامل البيئية على اضطراب المسلك ؛ فالآباء الذين لديهم مشكلات كالطلاق ، والقلق ، والاكتئاب ، وسوء استخدام المادة ، وإساءة معاملة الطفل ، والفشل المدرسي كلها عوامل تزيد من السلوك المضاد للمجتمع ، واضطراب المسلك لدى الأبناء (AACAP,1997).

اضطرابات السلوك الفوضوي لدى ذوي الاحتياجات الخاصة:

يعرف ذوي الاحتياجات الخاصة بأنهم الأفراد الذين ينحرفون عن المستوى العادي عن أقرانهم سواء بالزيادة أو النقصان في أحد مجالات النمو، والذي يترتب عليه احتياج هؤلاء الأفراد لخدمات خاصة مختلفة عن الخدمات التي تقدم للعاديين أقرانهم. وهم بذلك يشملون ذوي الإعاقات العقلية ، والحسية، والجسمية ، والانفعالية السلوكية ، واللغوية ، والتعلمية.

وتبعاً لذلك المفهوم يشمل مصطلح ذوي الاحتياجات الخاصة الأفراد ذوي اضطراب اضطرابات السلوك الفوضوي ، حيث تنتمي فئة ذوي اضطرابات السلوك الفوضوي إلى فئة الاضطرابات السلوكية والانفعالية.

وتنتشر اضطرابات السلوك الفوضوي بشكل أكبر لدى الأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة ، نظراً لما تعانيه هذه الفئات من قصور في أحد جوانب النمو، والذي يترتب عليه عدم قدرة هؤلاء الأفراد على التوافق والتكيف ، كما يعاني

ذوي الاحتياجات الخاصة من مشكلات نفسية وسلوكية تؤدي إلى معاناتهم من اضطرابات السلوك الفوضوي ، ويتعرض ذوي الاحتياجات الخاصة للإصابات والمشكلات والأمراض التي تؤهلهم للمعاناة من اضطرابات السلوك الفوضوي.

اضطرابات السلوك الفوضوي لدى ذوي التخلف العقلي:

تزداد نسبة انتشار اضطرابات السلوك الفوضوي لدى الأطفال المتخلفين عقلياً أكثر من العاديين ، حيث تتراوح بين ١٢ ٪-٤٥ ٪ (Allen&Clifford,2004) ، والسلوك الفوضوي أكثر انتشارا بين المتخلفين عقليا القابلين للتعلم عن فئات التخلف العقلي(Costigan, et al.1997).

وينتشر السلوك الفوضوي لدى ذوي التخلف العقلي من ذوي متلازمة الكروموسوم الجنسي الهش Fragile- x (Einfeld, 2005).

فيُظهر الأطفال المتخلفين عقليا الكثير من السلوكيات الفوضوية مثل التحدي والعناد وعدم المشاركة ، وعدم إتباع التعليمات والإهمال في الواجبات، والعبث بأدوات المدرسة والمنزل ، والكتابة على الجدران (Costigan,et al.,19997).

ويؤدى السلوك الفوضوي المزمن إلى الجنوح الحاد والذي يظهر أثناء الطفولة المبكرة ، ويقاوم هؤلاء الأطفال الجهود العلاجية التي تبذل مع التقدم في العمر (Bernazzani,et.al.,2001).

اضطرابات السلوك الفوضوي لدي ذوي الاضطرابات السلوكية الانفعالية

وأكد كل من Cooper & O»regan (2001,6) أن دراسة حديثة توصلت إلى أن حوالي ٧٠ ٪ من ذوى الاضطرابات السلوكية والانفعالية في مدراس التربية الخاصة يعانون من اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ، ونسبة الانتشار بين الأولاد والبنات تتراوح بين ٤ -١.

وهناك ٣١٪ من تلاميذ برامج التربية الخاصة يعانون من اضطراب الانتباه .(David &Bruce,1996, 571-576)

اضطرابات السلوك الفوضوي لدي الأوتيزم :

تشير الدراسات والبحوث أن من ١٤٪ إلى ٣٨٪ من الأفراد

المتخلفين عقلياً والأوتيزم يعانون من السلوك الفوضوي المتمثل في السلوك العدواني ضرب أو ركل الآخرين ، وتدمير الأثاث ، وتدمير أدوات التدريس (Repp & Karsh، 1990 ،331).

وأشارت بعض الدراسات إلى أن حوالي ٧٠٪ من الأطفال الذين يعانون من الأوتيزم لديهم مشكلات سلوكية تتمثل في سلوك التحدي ، ونوبات الغضب ، والعدوان ، وإيذاء الذات ، وفرط النشاط ، والأعمال الروتينية ، وتدمير الممتلكات، وعدم الالتزام ؛ كما أن السلوك الفوضوي يؤثر على جودة الحياة لأسرهم ;Lecavalie, 2006 Herring, et al., 2006; .Hartley, et al., 2008)

وأشارت العديد من الدراسات التي تعتمد على معايير الدليل التشخيصي الرابع في تشخيص الأوتيزم والتي اعتمدت على تقييم الآباء والمعلمين إلى أن الأطفال الأوتيزم يعانون من العديد من الاضطرابات منها اضطراب العناد المتحدي ، واضطراب نقص الانتباه مفرط النشاط ، واضطراب التصرف ، واضطراب المزاج ، واضطراب القلق العام ، واضطراب الاكتئاب الجزئي مقارنة بأقرانهم العاديين(;-Gadow et al. 2008b Gadow, et al. 2008c; Gad .(ow et al. 2008a Lecavalier et al., 2008

وهدفت دراسة كل من Witwer & Lecavalier (2010) إلى التعرف على الاضطرابات النفسية « اضطراب القلق العام ، والفوبيا الاجتماعية ، واضطراب المسلك ، واضطراب العناد المتحدي ، والاكتئاب» المنتشرة لدى الأوتيزم وعلاقتها بنسبة الذكاء والمهارات اللغوية ، وأشارت النتائج أن الأطفال الذين نسبة ذكائهم أقل من ٧٠ لديهم اضطرابات نفسية أقل من الذين نسبة ذكائهم أعلى من ٧٠ وهذا في أعراض اضطراب القلق العام واضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد.

اضطرابات السلوك الفوضوي لدي ذوي الإعاقة السمعية :

أشارت العديد من الدراسات إلى انتشار السلوك الفوضى بين الطلاب الصم والمعاقين سمعياً (Parasnis et al, 2001) ، كما أشارت دراسة Gri

(2003) إلي أن ٦,٦٪ من المعاقين سمعياً ينتشر بينهم نقص الانتباه مفرط النشاط ، كما أن ٣٨,٤٪ من الطلاب لديهم صعوبة في الحفاظ على الانتباه في مهام الفصل الاكاديمي ، ٣٠,٥٪ لديهم صعوبة في التفاعل الاجتماعي والسلوك الفصلي المناسب.

كما أن المعاقين سمعياً ليس لديهم فقط ضعف في نضج السلوك الاجتماعي ولكن لديهم نقص في الوعي والانتباه(O,Connell et al., 2004). كما أشارت بعض الدراسات أن المعاقين سمعياً لديهم مشكلات سلوكية أكثر من أقرانهم العاديين مثل الاندفاعية (Kelly, et al, 1992; Mitchell & Quittner, 1996). كما أشارت دراسة (kellye et al (1993،1994. إلى أن المعاقين سمعياً لديهم مستوى عال من مشكلات الانتباه والاندفاعية.

وأشار معهد البحوث إلى أن الطلاب الصم والمعاقين سمعياً ٤٠٪ منهم لديهم اضطراب ضعف الانتباه وصعوبات تعلم ومشكلات عاطفية (Gallau-det Research Institute 2011) كما أشارت الدراسات أن الصم والمعاقين سمعياً يعانون من السلوك الفوضوي داخل الفصل (kelly et al , 1993 ; meadow & trybus , 1985)

وهدفت دراسة (Eldik (2005 إلى التعرف على نسبة انتشار المشكلات السلوكية لدي المراهقين الصم الهولنديين ، وتكونت عينة الدراسة من ٢٠٢ طالباً من الصم والمعاقين سمعياً ، وتتراوح أعمارهم بين ١١ إلى ١٨ عاماً ، وأشارت نتائج الدراسة إلى انتشار المشكلات السلوكية لدى الصم وضعاف السمع الذكور بنسبة ٣٩٪ ، وتنتشر لدى الإناث بنسبة ٣٤٪.

وهدفت دراسة (Gent et al (2005 إلى التعرف على انتشار المشكلات المرضية لدى الصم ، وتكونت العينة من ٧٠ فرداً تتراوح أعمارهم من ١٣ – ٢١ عاماً ، وأشارت نتائج الدراسة إلى انتشار الاضطرابات الانفعالية بنسبة ٢٧٪ ، وانتشار اضطرابات السلوك بنسبة ١١٪ ، واضطرابات أخرى بنسبة ٧٪.

الفصل الثاني
أسباب السلوك الفوضوي

- الأسباب المتعلقة بالمخ
- الأسباب الوراثية
- الأسباب النفسية والسلوكية
- الأسباب المعرفية
- الأسباب التعليمية
- الأسباب البيئة الاجتماعية

الفصل الثاني
أسباب السلوك الفوضوي

كشف بعض الباحثين عن العوامل والأسباب التي تقف خلف اضطرابات السلوك الفوضوي فتهيئ له أو تكون سببا له ، وبعد استقرائنا لما أمكن من البحوث والأطر النظرية المرتبطة بالسلوك الفوضوي أمكن لنا تصنيف هذه الأسباب إلى أسباب تتعلق بالوراثة والأسرة والأسباب الاجتماعية والنفسية والسلوكية والتعليمية ، ويمكن عرض هذه الأسباب فيما يلي :-

الأسباب المتعلق بالمخ:

يتفق الباحثون على أن هناك عوامل وراثية وبيولوجية تعمل على تطوير اضطرابات السلوك الفوضوي ، وما يتصل به من اضطرابات سلوكية أخرى توجد داخل الأسرة (AACAP، 2007).

ووجود تلف في المخ قد يكون أحد أسباب اضطرابات الانتباه وذلك في مرحلة الأجنة وقبل الولادة ، وهذا التلف ناتج عن سموم ، أو مواد بنائية ، أو ميكانيكية مثل : الضغط العصبي أو البدني الذي يصل إلى المخ في مرحلة الطفولة نتيجة لعدوى أو التهابات أو إصابات (محمد كامل ، ١٩٩٦ ، ١٠١).

وظهر هذا الاعتقاد عندما تم تشخيص عدد من الأطفال لديهم أعراض هذا الاضطراب بعد انتشار وباء تلف المخ بعد الحرب العالمية الثانية (السيد السمادونى ، ١٩٨٩ ، ٧).

وكشفت بحوث تصوير الدماغ أن الأفراد ذوي اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد لديهم شذوذاً في الفص الجبهي Frontal Lobes في المخ ، وأن الأنظمة المسئولة عن الانتباه محدودة ، وبعض الدراسات وجدت أن هناك مستويات منخفضة من النشاط في الناقلات العصبية Neurotransmitters المسئولة عن التواصل بين مناطق المخ المختلفة. وتوجد أسباب متنوعة للشذوذ منها ما يلي:

أ – حوالي٧٠ ٪ من حالات اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد الخلل الوظيفيDysfunction فيها موروث.

ب – ونسبة ٣٠٪ – ٤٠٪ من حالات الخلل الوظيفي Dysfunction في المخ قد ترجع إلي عوامل بيئية مثل :

– أمراض المخ : مثل مرض التهاب المخ Encephalitis .

– إصابات المخ والتي تكون ناتجة عن صدمة جسدية للرأس.

– التعرض للتسمم : مثل التسمم الناتج عن تعاطي الكحول ، أو إساءة المخدرات ، وأن هذا التسمم قد يؤدي أثناء مراحل ما قبل الولادة أو ما بعدها إلي إعاقة نمو الطفل (Barkly، et al.1992,163).

ويرى (Barkly، et al (1992،163.أن التلف البسيط للمخ يسبب وجود مشكلة في العمليات الحركية والإدراكية لدى الأطفال ذوى اضطراب الانتباه.

كما أن التلف الناتج عن عدوى ميكروبية أو فيروسية أو الناتج عن تسمم بمادة الرصاص ، أو مكسبات الطعم الصناعية ، أو الناتج عن نقص الأوكسجين قبل أو أثناء الولادة قد يكون سبباً في حدوث اضطراب الانتباه (محمود حمودة، ١٩٩٨ ، ٩٧).

بالإضافة إلى اختلال التوازن الكيميائي للناقلات العصبية ، أو اختلال التنشيط الشبكي للمخ ، وأيضاً تأخر نمو المخ وفقاً للمرحلة العمرية التي يمر بها، وكل هذه العوامل قد تكون أحد أسباب اضطراب الانتباه (السيد على وفائقة محمد ، ١٩٩٩ ، ٣٧ – ٣٩).

كما أن الملامح البيولوجية لاضطراب الانتباه تشير إلى أن مخ الأطفال ذوى اضطراب الانتباه مختلف عن الأغلبية من الناس العاديين ، وأن هذه الاختلافات في المخ تقودنا إلى اختلافات معرفية (Cooper&O'regan, 2001،27).

ويفترض كل من « جلينير (١٩٥٩) ، وجيلنير (١٩٨١) « أن حدوث خلل وظيفي في الجهاز العصبي يمكن أن يكون سبباً في ظهور أعراض النشاط الزائد، كما أن العجز في أبنية المخ الأوسط بوظائفها وعدم القدرة على حدوث توازن بين ميكانيزمات الكف والاستثارة يؤدى إلى حدوث هذا الاضطراب ، وفيما يتعلق بالمخ يعترض كل من « ويري (١٩٧٢) وروس (١٩٨١) على أن تكون الإصابة في المخ سبباً رئيسيا في ظهور فرط النشاط ، وإذا وجد أطفال لديهم

إصابة في المخ مع فرط النشاط فإن هذا لا يعنى أن الأطفال ذوى فرط النشاط مصابين في المخ ، فالارتباط بينها ضعيف (السيد السمادونى ، ١٩٨٩ ، ٢٠٢).

وكشفت بعض الدراسات أن النشاط الزائد يتضمن عجز ضمني في المخ. وأن عدم قدرة المخ على إحداث توازن بين الأنظمة الكفية والاستثارية يؤدى إلى ظهور النشاط الزائد ، وذلك نتيجة حدوث خلل في المركبات الكيمائية والتي تعد موصلات عصبية حيث تقوم تلك المركبات بنقل الدفعات العصبية من خلية عصبية إلى أخرى ، وأن حدوث نقص في تلك المركبات يجعل الفرد يجد صعوبة في كف سلوكه. كما وجد أحد الباحثين أن انخفاض نسبة النورادرينالين Noradrenaline عند الأطفال ذوى النشاط الزائد يجعلهم يلقون صعوبة فى كف ذلك النشاط. وقد يكون التأخر فى النضج أحد أسباب النشاط الزائد (صلاح الشريف ، ١٩٩١ ، ٦٣٠).

ويرى محمود حمودة (١٩٩٨ ، ١٥٩ - ١٦٠) أن هناك مجموعة من العوامل العضوية قد تدخل كأسباب رئيسية وراء اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ، وهذه العوامل هي :

- نقص في بعض الناقلات الكيميائية العصبية بالمخ Neuro Chemical Transmitters مثل : السيروتونين Serotonin ، أمينات الكاتيكول Catecholamines ، الأنزيم المؤكسد للأمينات الحادية Monoamines حيث لوحظ نقص هذه الناقلات في حالات ADHD مما يشير إلى إمكانية وجود اختلال في الناقلات العصبية يؤدى إلى ADHD.

- نقص نضج المخ خاصة الفص الجبهي من المخ المرتبط بالسلوك والانتباه ، وهذا يفسر اختفاء الفرط الحركي عند الوصول إلى مرحلة المراهقة.

- عدم التناسق بين النصفين الكرويين للمخ.

- بعض العقاقير مثل عقار الفينوباربيتال الذي يدخل ضمن علاج الصرع والمغص عند الأطفال والصداع النصفي ، حيث لوحظ أنه ذو تأثير سيئ على الكثير من الأطفال ، ويؤدى إلى حدوث مشكلة اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد.

الأسباب الوراثية:

يعد العامل الوراثي هو اللبنة الأولى في بناء ذلك الكيان الإنساني الذي هو محصلة مجموعة من الموروثات التي يرثها عن أسلافه ، فيمكن لهذه الموروثات نقل عوامل وراثية خاصة بضعف أو تلف بعض المراكز العصبية المسئولة عن مشكلة أو نقل هذه المورثات لمشكلات تكوينية تؤدى إلى تلف في أنسجة المخ.

ولخص(16، Kutcher، et al 2004). نتائج بعض البحوث التي اهتمت بدراسة الأسباب الوراثية لدى الأطفال ذوى السلوك الفوضوي واعتمدت هذه البحوث على دراسة حالات التبني والتوائم وفحص التاريخ العائلي ، وتوصل إلى أن اضطراب السلوك الفوضوي مرض نفسي عصبي يتكون من عناصر بيولوجية فيوجد واحد على الأقل من آباء الأطفال ذوى السلوك الفوضوي يعانى من اضطراب السلوك الفوضوي ، حيث كشف Calzada (٢٠٠٤) أن هناك أعراض سلوك فوضوي لدى أمهات الأطفال ذوى السلوك الفوضوي.

وقام Melanie (2003) بدراسة عن العلاقة بين العوامل الوراثية والسلوك الفوضوي على عينه تكونت من ٢٦٩ طفلاً ومراهقاً في المدى العمري من ٨- ١٨ سنة ، وتوصل إلى أن العوامل الوراثية من أسباب السلوك الفوضوي.

وتلعب العوامل الوراثية دوراً مهماً فى إصابة الأطفال باضطراب الانتباه ، وذلك إما بطريقة مباشرة من خلال نقل المورثات التي تحملها الخلية التناسلية لعوامل وراثية خاصة بتلف أو بضعف بعض المراكز العصبية المسئولة عن الانتباه ، وإما بطريقة غير مباشرة من خلال نقل هذه المورثات لعيوب تكوينية (السيد على ، وفائقة محمد ، ١٩٩٩ ، ٣٩-٤٠).

ويذكر « تانوك« (١٩٨١) أن اضطراب الانتباه يظهر لدى أطفال الأقارب ذوى اضطراب الانتباه أكثر من الأطفال الذين ليس لديهم أقارب يعانون من اضطراب الانتباه. ويظهر اضطراب الانتباه لدى التوائم المتماثلة أكثر من التوائم غير المتماثلة ، كما أن هناك بحوث وراثية كشفت عن جينات محددة متضمنة في اضطراب الانتباه ، وعلى ذلك فهناك علاقة قوية بين اضطراب الانتباه والنواحي

البيولوجية لدى الأطفال ، وأن الأطفال ذوى النشاط الزائد لديهم مستويات أعلى من تشبع الدم والبلازما عن العاديين(Cooper & O'regan 2001 ، 24).

ويعتقد البعض أن هناك سبباً عصبياً أو بيولوجياً لاضطراب العناد المتحدي ، ويبدو أن هناك تداخلاً كبيراً بين اضطراب العناد المتحدي واضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد. ويظهر الأطفال ذوى اضطراب المسلك علامات بسيطة معروفة ومتنوعة من الصعوبات العصبية ، ومن المحتمل أن يكون لديهم مستوى منخفض من هرمون الدوبامين كناقل عصبي في مناطق معينة من المخ. وبعض من الأطفال ذوى اضطراب المسلك العدوانيين لديهم مستويات عالية من هرمون التستوستيرون (هرمون الذكورة) ، فتنتقل هذه المشكلات من جيل لآخر بفعل الوراثة ، ويؤدي الاضطراب النفسي لدى الوالدين إلى نمو الاضطراب السلوكي لدى الأبناء (محمد عبد الرحمن ، منى على ، ٢٠٠٣، ٢٢ – ٢٨).

وأشارت نتائج دراسة Wozniak (2001) إلى انتشار مستوى عالي من السلوك المضاد للمجتمع واضطراب ثنائي القطب لدى أقارب الأطفال المصابين باضطراب المسلك واضطراب ثنائي القطب ، وارتفاع مستوى اضطراب المسلك لدى أقارب الأطفال المصابين باضطراب المسلك ، وانتشار الاضطراب ثنائي القطب لدى أقارب الأطفال المصابين باضطراب ثنائي القطب مما يدل على دور العوامل الوراثية في انتشار الاضطرابين ، أي أنهم من الاضطرابات السلوكية الأكثر انتشارا بسبب عامل الوراثة.

ويري بعض الباحثين أنه من المعروف أن من أسباب اضطراب المسلك العوامل الوراثية ، ويقدر الباحثون أن نسبة ٥٠ ٪ من حالات اضطراب المسلك ترجع إلى عوامل وراثية ، بالرغم من وجود ندرة في الدراسات التي تحدد الجينات المسئولة عن العوامل الوراثة .(Dick, et al., 2011)

وتؤكد الرابطة الأمريكية للطب النفسي للأطفال والمراهقين على أن اضطراب المسلك يحدث نتيجة لعوامل متعددة منها : تلف الدماغ ، الضعف الوراثي (AACA,2004).

الأسباب النفسية السلوكية :

تقف بعض الاضطرابات النفسية والسلوكية وراء ظهور بعض الاضطرابات الأخرى في الشخصية ، لذلك ينصح المعالجون بضرورة التصدي للاضطرابات التي تظهر مبكراً لدى الأطفال حتى لا تتفاقم وتتحد مع اضطرابات أخرى لتشكل سلسلة من الاضطرابات قد يصعب علاجها.

ويرهن الباحثون أن اضطراب السلوك الفوضوي من الاضطرابات التي تنتج من إصابة الطفل مبكرا باضطرابات مثل : العدوان ، والعنف ، والقلق ، والاكتئاب ، والتوتر ، والقصور فى مهارات التفاعل الاجتماعي ، واضطرابات الانتباه ، حيث توصل Kronenberger, et al (2004) إلى أن التاريخ العدواني الطويل لدى الأطفال والذي يترتب عليه سلوك اجتماعي غير مناسب ، ورفض من الأقران من العوامل التي تهيئ لاضطراب السلوك الفوضوي.

وكشف Ehrensaft, et al (2003) أن السلوك العنيف الذي يخبره الأطفال فى مرحلة الطفولة المبكرة له علاقة بالسلوك الفوضوي فيما بعد ، وتوصل آخرون إلى أن القلق والتوتر من العوامل التي تقف خلف اضطراب السلوك الفوضوي.(Dekker، et al,2002 ; Melteno، 2001)

ويترتب على اضطرابات المزاج العديد من المشكلات السلوكية حيث يرى كل من Eileen& Richard (2004) أن اضطرابات المزاج يمكن أن تفاقم أو تؤدى إلى اضطرابات السلوك الفوضوي.

ويحدث السلوك الفوضوي عندما يكون الأطفال حساسين ، فهم يحاولون التصرف بقسوة لحماية أنفسهم. وأحيانا يعانى الأطفال من الاكتئاب والعدوان، والملل ، واضطرابات المزاج. عندما يكون الطلاب قلقين بشأن سعادتهم وسلامتهم(HMHC, 2002)

وهناك اضطرابات انتباه ناتجة عن إحباط عاطفي مستمر سرعان ما يختفي بزوال العوامل المحيطة ، مثل : الضغوط النفسية ، واضطراب التوازن العائلي ، أو العوامل المؤدية إلى التوتر (محمد كامل ، ١٩٩٦، ١٠١).

ويعانون من أوجه قصور في معالجة وحلّ المشكلات الاجتماعية ، كما تغيب عنهم العظة الاجتماعية ، ويبدون نوايا معادية لسلوكيات الآخرين ، ويجدون صعوبة في صياغة حلول للمشاكل الاجتماعية ، ونتوقع تعزيز للسلوكيات الاجتماعية السلبية (AACAP,1997).

الأسباب المعرفية :

يرى البعض أن النقص في المهارات الإدراكية المتعلقة بحاستي السمع والبصر يؤدى إلى المعاناة باضطراب الانتباه ، حيث توصلت بعض الدراسات إلى وجود علاقة بين نقص المهارات الإدراكية المتعلقة بحاستي السمع والبصر ومشكلة اضطراب الانتباه ، مما يشير إلى إمكانية أن يكون هذا العامل سبب ما من أسباب مشكلة اضطراب الانتباه (السيد السمادوني ، ١٩٩٠ ؛ خالد الفخراني، ١٩٩٥).

وتوصل حجاج غانم (٢٠٠١ ، ١١١) إلى أن العجز في مهارات الإدراك البصري – التميز البصري ، والتعرف على الأشياء ، الذاكرة البصرية ، التآزر البصري – الحركي – يؤدى إلى تسرع الطفل ، واندفاعيته ، وتشتت انتباهه ، وحركته الزائدة ، وبالتالي يؤدى إلى زيادة حدة أعراض اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد.

ويرى كل من عبد المجيد منصور وزكريا الشربيني (١٩٩٨ ، ٢٩٦) أن التذكر يرتبط بعملية تركيز الانتباه ، والاهتمام ، واليقظة.

الأسباب التعليمية :

يعد المناخ المدرسي عامل هام في تحقيق التوافق لدى الأطفال لذلك اهتم التربويون بوضع مواصفات للمناخ المدرسي الجيد مدركين أهمية هذا المناخ في تنشئة الطفل وتربيته وصناعة رجل المستقبل.

وأكد الباحثون أن المناخ المدرسي السيئ عامل مهم في ظهور العديد من الاضطرابات النفسية والسلوكية ، حيث توصل Barry، et al (2005). إلي أن اضطراب السلوك الفوضوي في المدرسة يرتبط بكل من النظام المدرسي السيئ والبقاء في الفصل لمدة طويلة.

ويرجع السلوك الفوضوي في المدرسة إلى انخفاض قدرة المعلمين على الضبط داخل فصول الدراسة ، وإهمالهم للسلوك الشاذ الذي يصدر عن التلاميذ في الفصل بدون توجيه إلى السلوك المناسب(Kaplan، et al. 2002 ,201).

وتشكل مشكلات التعلم عاملاً مهماً في نمو المشكلات السلوكية لدى الأطفال وعن علاقة السلوك الفوضوي بمشكلات التعلم قـام Stowe, et al. (٢٠٠٠) بدراسة من أهدافها فحص العلاقة بين السلوك الفوضوي ومشكلات التعلم على عينة تكونت من ١٨٥ طفلاً بمتوسط عمري قدره ٤,٥ سنة من الذكور والإناث ، وخلُص فيها إلى أن ضعف النمو اللغوي والنقص في مهارات اللغة من العوامل التي تعمل على نمو السلوك الفوضوي لدى الأطفال ، ويتضح ذلك عند ممارسة أنشطه التعلم ، كما أن الذكور ذوى المشكلات التعليمية يعانون من السلوك الفوضوي أكثر من نظرائهم الإناث.

وتظهر أعراض النشاط الزائد لدى الأطفال عند دخولهم الروضة أو المرحلة الابتدائية ، حيث تُفرض القيود عليهم فلابد أن يجلسوا في مقاعدهم دون حركة ، ولابد أن يطيعوا الأوامر دون جدال ، فضلاً عن أنه يجب أن ينصب اهتمامهم ويتركز على المعلم فقط ، وذلك لأن المجتمع يعطى قيمة كبيرة للأطفال القادرين على التركيز ، وإنجاز ما يوكل إليهم من مهام ، ويحفظون دروسهم بصورة جيدة كي يحصلوا علي أعلي الدرجات ، كما أن الآباء غالباً ما يفضلون الأطفال الذين يتسمون بالهدوء والطاعة والتوافق الدراسي (عماد مخيمر ، وهبة على ، ٢٠٠٦ ، ٢٨٣).

ويري آلان كازدين (٢٠٠٠، ١٠٩ – ١١٣) أن هناك عوامل تنبئ باضطراب المسلك مثل : الأداء الأكاديمي للطفل ، ومستوى ذكائه ، وانخفاض مستوى الأداء الوظيفي للذكاء.

ويؤدي النظام المدرسي إلى تطوير المشكلات السلوكية لدى الأطفال إذا توافرت الظروف الآتية :

– عدم تلبية المناهج والأنشطة المدرسية للفروق الواسعة بين الأطفال فى الاهتمامات والقدرات والميول.

- عدم إتباع نظام متناسق يتراوح بين الشدة واللين ، والاعتماد على نظام ضبط واحد يعتمد على اللين المفرط ، أو الشدة المفرطة من قبل المدارس أو الإدارة.

- عدم قيام المدرسة بمكافأة وتشجيع السلوك السوي ، وفي نفس الوقت لا تعمل علي معالجة الاضطرابات السلوكية عند التلاميذ (رائد العبادي ، ٢٠٠٦، ٦٣).

ويحدث اضطراب السلوك الفوضوي لدى الأطفال إذا كان الأطفال واقعين تحت ضغوط تتعلق بالعملية التعليمية ، والتي تتمثل في ضغوط الأقران وضغوط المعلمين ، وهذه الضغوط هي :

ضغوط الأقران وتشمل :

- عندما يقع الأطفال تحت ضغوط أقرانهم لشرب الكحول وتعاطي المخدرات.

- عندما نتوقع من الأطفال أن يتصرفوا بطريقة مناسبة مثل أصدقاء لهم أو إخوة.

- عندما يكون هناك ضغط على الطفل ليفعل الشيء الخطأ.

ضغوط المعلمين ، وتشمل :

- عند يتوقع كل معلم الكثير من طلابه دون أن يدركوا ما يتوقعه مدرسون آخرون

- عندما يتوقع المعلمون الكثير من طلابهم ويجعلونهم دائما فى موقف الحيطة والحرص والحذر.

- وعندما يتوقع المعلم أن يأتي الطفل بسلوك مثله أي يقلده.

- عندما يكون الأطفال في مشاحنات مع زملائهم (TMHC, 2002)

الأسباب البيئة الاجتماعية:

توجد مجموعة أخرى من الأسباب قد تكون سبباً في حدوث اضطرابات السلوك الفوضوي أطلقنا عليها « الأسباب البيئية » وتشمل عدد كبير من العوامل نعرضها في الفقرات التالية.

الحمل والولادة :

تتعرض الأم أثناء فترة الحمل لبعض الأشياء التي تؤثر على الجنين وتجعله عرضة بعد الولادة للإصابة باضطراب الانتباه ، وذلك مثل تعرض الأم لقدر كبير من الأشعة ، أو تناولها للمخدرات أو الكحوليات ، وبعض العقاقير الطبية التي تؤثر على الحمل خاصة في الشهور الأولى ، وإصابة الأم بالأمراض المعدية أثناء فترة الحمل مثل : الإصابة بالحصبة الألمانية والزهري ، والجدري، والسعال الديكي ، وبعض الأمراض الوراثية ، أو الأيضية والتي تؤثر على مخ الجنينين ، وأثناء الولادة قد يتعرض الجنين لضغط الجفت على رأسه ، أو إصابة مخ الجنين ، أو جمجمته ، أو التفاف الحبل السري والذي يمنع وصول الأوكسجين إلى مخ الجنين ، وبعد الولادة قد يتعرض الطفل لارتجاج في المخ لتعرضه لحادث ، أو ضربة على رأسه ، أو سقوطه من أماكن مرتفعة (السيد على وفائقة محمد ، ١٩٩٩، ٤٠-٤٢).

ويرى محمود حمودة (١٩٩٨ ، ١٦٠) أن نقص الأوكسجين قبل أو أثناء عملية الولادة يؤدى بدوره إلى ظهور مشكلة اضطراب الانتباه.

وكشفت دراسة (Campell&Anne (1983،73-83 أن نسبة كبيرة من أمهات الأطفال ذوى النشاط الزائد كن يعانين من مشكلات أثناء الحمل بهم ، وكانت ولادتهم عسرة (صلاح الشريف ، ١٩٩١ ، ٦٣٠).

مرض الطفل:

وتعرض الطفل لأي عدوى ميكروبية أو فيروسية : كالحمى الشوكية ، أو الالتهاب السحائي ، أو الحمى القرمزية ، أو الحصبة الألمانية يؤدي إلى إصابة المراكز العصبية بالمخ المسئولة عن هذا الاضطراب (عبد العزيز الشخص ، زيدان السرطاوي ، ١٩٩٨ ، ٤٧١-٤٧٢).

التسمم :

قد ينجم اضطراب الانتباه عن التسمم بالرصاص (-Fowl er،1991،15-16). كما أن تناول الطفل لكميات كبيرة من الأطعمة الجاهزة أو الخضراوات والفواكه الملوثة بالمبيدات الحشرية تؤدى إلى إصابة الأطفال

باضطراب الانتباه (السيد على ، وفائقة محمد ، ١٩٩٩ ، ٤٢).

المواد الحافظة :

قد ينجم اضطراب الانتباه عن المواد الصناعية التي تضاف إلى الأغذية لإعطائها لوناً أو نكهة (Fowler,1991,15-16).

وكشفت دراسة « فينجولد وزملائه « أن هناك علاقة بين النشاط الزائد وبعض المواد الغذائية ، حيث يضاف إلى الكثير من الأطعمة نكهات صناعية، وألوان ، ومواد حافظة قد تكون مسئولة عن حدوث النشاط الزائد ، وتوصى بعض الدراسات بضرورة استبعاد مثل هذه العناصر من غذاء الأطفال بشكل منظم (عبد العزيز الشخص ، زيدان السرطاوي ، ١٩٩٨ ، ٤٧١-٤٧٢).

أساليب المعاملة الوالدية :

تلعب الأسرة دوراً كبيراً في تحديد شخصية وملامح الطفل إذ يكتسب الطفل من أسرته كل ما تحمله من عادات وتقاليد ونظم وأساليب للحياة سواءً كانت سوية أو غير سوية لذلك ينعكس على الطفل توافق الأسرة أو عدم توافقها.

وأوضحت الدراسات أن الأسلوب القسري للأسرة يوجد في كثير من أسر الأطفال ذوى مشاكل السلوك الفوضوي المعطل ، وتتضح الممارسات القسرية للأسرة عندما يتعلم الآباء والأطفال استخدام السلوكيات السلبية للتحكم في بعضهم البعض ، وأيضا عندما يكون الآباء غير أكفاء في عملية التحكم في طفلهم أو ضبط سلوكه ، وعندما توجد الممارسات القسرية للأسرة نجد أن الآباء يعطون أوامر متكررة ، ويصرخون ، ويحتجون ، ويلومون ، وينقدون ، وما إلى ذلك حتى يحكموا الطفل ، وأحياننا يستسلم الأبوان أو الطفل إلى الأخر ، والذي بدوره يكون معززاً لكليهما (محمد عبد الرحمن ، منى على ، ٢٠٠٣ ، ٣٠).

وتعمل المساندة الوالدية الجيدة على نمو سلوك الطفل فى المسار الصحيح، وأكد باحثون إلي أن انخفاض المساندة الوالدية ، أو أنواع التوجيه والمشورة ، والتشجيع غير المناسبة من قبل الوالدين تعمل على نمو السلوك الفوضوي لدى أطفالهم ، وكذلك التوقعات التربوية المنخفضة(Barry, et al.2005;Eman& Altshuler,2004)

وقام Bird, et al (2006) بدراسة توصل فيها إلى أن النقص في الحنان والدفء والاستحسان الأبوي يرتبط بالسلوك الفوضوي وذلك على عينة من الأطفال في المدى العمري من ٥- ١٣ سنة.

ويؤثر إكراه الوالدين وتسلطهم على الأبناء ، وتحديد طريقة أكلهم ، ونومهم ومذاكرتهم ، وتحديد نوعيات أصدقائهم سلباً على شخصية الطفل ، ويشعرون بالخوف من أي شيء ، ويسعى الطفل أيضا إلى إتلاف ممتلكات الغير والممتلكات العامة ، ولا يواظب على حضور المدرسة إلا تحت ضغوط ، ويلجأ إلى العدوان والتخريب والغضب (محمد حسين ، ١٩٨٦ ، ٦-٧).

ويؤدى التساهل الشديد من قبل الوالدين والخضوع الزائد لرغباتهم إلى عدم نضج شخصياتهم بالشكل السوي ، وأن يصبح الطفل أنانياً ، وعجولاً ، وسريع الغضب ، ويتصرف دون إدراك العواقب ، ويرفع صوته كثيراً ، ويضرب إخوته ، ويكسر الأواني ، ويمزق الثياب ، ويفسد أي شيء إذا لم تلب طلباته (عبد المجيد منصور ، زكريا الشربيني ، ١٩٩٨ ، ٤٠٣).

كما أن الأساليب الوالدية لها دور كبير في إحداث اضطراب الانتباه ، لما لها من تأثير قوى في حياة الطفل ، وخاصة في مراحل نموه الأولى (سعيد دبيس ، والسيد السمادونى ، ١٩٩٨ ، ٩٥).

وكشفت بعض الدراسات أن أمهات الأطفال زائدي النشاط معاملتهن تتسم بالقسوة ، والشدة ، وعدم الاهتمام ، والتقبل الضعيف ، وعدم التسامح. وأن الأمهات الأقل رضا عن أدوارهن أكثر رفضا لأطفالهن ، وكان أطفالهن أكثر معاناة من المشكلات السلوكية وخاصة النشاط الزائد والعدوان. وأن الاضطراب الناشئ عن عدم التوافق بين الأب والأم قد يؤدى إلى النشاط الزائد لأطفالهما. وأن غياب الأم في العمل لفترة طويلة وتقصيرها في الإشراف على الأطفال قد يؤدى إلى التنبؤ باضطرابات سلوكية (صلاح الشريف ، ١٩٩١، ٦٥٦- ٦٣١).

وفيما يتعلق باضطراب العناد المتحدي يبدو أن هناك تأثيراً سلبياً للرعاية الوالدية ، أي أن الرعاية الوالدية غير الفعالة تساعد على نمو اضطراب العناد المتحدي ، أن هؤلاء الأطفال يتحدون الآباء بصورة أكثر من الأطفال الآخرين ،

وبالتالي قد لا يقدم الآباء النظام الكافي والفعال والضروري في التعامل مع هذه السلوكيات الصعبة ، ويوصف آباء الأطفال ذوى اضطراب العناد المتحدي غالباً بالتناقض مع النفس وبالقسوة أو عدم الكفاءة في ممارستهم للنظام. فوجود طفل يصعب التعامل معه وسط رعاية والدية غير فعالة يمكن أن ينتج عنه طفل ذو اضطراب العناد المتحدي. ويعانى آباء الأطفال ذوى اضطراب المسلك من مشاكل تتعلق بالسلوك اللااجتماعي ، وأمهات تعانين من الاكتئاب ، أو أبوان ذوا مشاكل تتعلق بإساءة استخدام العقاقير ، كما أن ضغوطاً أخرى مثل : الصعوبات المادية ، والطلاق ، والمشاكل الزوجية ، والمساندة الأبوية المحدودة ، كل هذه المشكلات قد تسهم في نمو الاضطراب السلوكي (محمد عبد الرحمن ، ومنى على ، ٢٠٠٣، ٢٢- ٢٨).

ويعزي الأخصائيون النفسيون أسباب الاضطراب السلوكي في المقام الأول إلى علاقة الطفل بوالديه . وقد أولت البحوث التجريبية العلاقات الأسرية ومدى تأثير الوالدين على الطفل أهمية كبرى ، ومن الواضح أن هذا التأثير يزداد من خلال النظر إلى العلاقات والتعامل المتبادل بين الطفل ووالديه ، وتأثير كل منهما على الآخر . ولذلك فقد وجد أن الأطفال المضطربين سلوكياً يعانون من عدم اتساق وتماسك في علاقاتهم مع والديهم (خوله يحي ، ٢٠٠٠ ،٣٣).

ويري آلان كازدين (٢٠٠٠ ، ١٢٦) أن هناك عوامل تنبئ باضطراب المسلك مثل أساليب المعاملة الوالدية.

ويري أحمد الزغبي (١٩٩٤ ، ١٩٦) أن هناك مجموعة من العوامل تقف وراء اضطراب المسلك ، مثل : النظام المتساهل أو القسوة المفرطة والنظام الصارم ، تفضيل الوالدين أحد الأبناء دون الآخرين.

ويعتبر الإشراف والمراقبة غير الفعالة للمراهقين ، وإعطاء ردود فعل غير متسقة لخرق القواعد الاجتماعية ، والفشل في إعطاء التدعيم للسلوك الاجتماعي، كل ذلك يعتبر مشاكل رئيسة في الممارسات الو الدية والتي تضع المراهق في خطر تطوير أساليب السلوك الجانح على المدى البعيد.

ضعف دور الأب وغيابه:

ويعتبر الأب العمود الفقري في النظام الأسرى لذلك يترتب على غياب أو ضعف دور الأب العديد من المشكلات ، وفى مجال دور الأب وعلاقته بالسلوك الفوضوي تكاد الدراسات أن تكون نـادرة إلا أن Tremblay (1999) تـوصـل إلى أن غياب أو ضعف دور الأب من العوامل المهمة الـمـهيـئة لظـهور السلوك الفوضوي لدى الأبناء.

ويري أحمد الزغبي (١٩٩٤ ، ١٩٦) أن إهمال الوالدين لدور الأبوة من العوامل المنبئة باضطراب المسلك.

تقليد الكبار:

ويتعلم الأطفال الكثير من السلوكيات عن طريق التقليد ، وهكذا نتعلم الكثير من المعارف والمهارات والقيم عن طريق التقليد. ووفقا للنظرية السلوكية يتعلم الطفل السلوكي غير السوي مثلما يتعلم السلوك السوي.

وتبعاً لهذا الاتجاه يتعلم الطفل السلوكيات الفوضوية عن طريق تقليدهم الكبار ، وخاصة الآباء والأخوة الفوضويين. ودلل على ذلك(2004) Calzada فى دراسة عن السلوك الفوضوي على عينة تكونت من الآباء وأطفالهم بأن السلوك الفوضوي الصادر من الآباء من العوامل المسـببـة والـمهيـئة لظـهور أعراض السلوك الفوضوي لدى أطفالهم.

وتُرجـع الأمهـات السلـوك الفوضوي لدى الأبناء إلي بعض السلوكيات الشاذة التي يقـلـدها الأطـفـال عن الكبار وخصوصاً الأب لذا يجب أولا تقييم سلوك الأب لتحديد سلـوك الطـفل وعلاجه(Arcia, et al. 2004,109).

وتؤدى الأعراض الفوضوية لدى الأمهات إلي تفاقم مشكلات السلوك الفوضوي لدى أطفالهم ، وتؤدي إلى علاقة تبادلية بين الأعـراض لدى الأمهات وأطفالهم (Barry, et al. 2005).

ويري أحمد الزغبي (١٩٩٤ ، ١٩٦) أن هناك مجموعة من العوامل تقف وراء اضطراب المسلك منها محاكاة الطفل لأبويه في اتجاهاتهما نحو السلطة والقانون.

مرض واضطراب الآباء:

وتعمل المشكلات التي يعانى منها الآباء – مثـل : التـوتـر والـقـلق – عـلى ظـهـور أعـراض السـلوك الفـوضـوي لـدى أبنائهم (Calzada، et al ., 2004)

ويري آلان كازدين (٢٠٠٠ ، ١٢٦) أن إصابة أحد الوالدين أو كليهما باضطرابات سيكتارية من العوامل المنبئة باضطراب المسلك.

المناخ الأسري:

ويرتبط المناخ الأسرى السيئ باضطراب السلوك الفوضوي ، فتـوصل بعض الباحثين إلي أن المناخ الأسرى الذي يتصف بالصراعات الأسرية ، وانخفاض القدرة على التنظيم والضبط ، وحـالات الطلاق ، واستخدام الآباء للمخدرات والعقاقير من العـوامل الـمـسـبـبة للسلـوك الفـوضـوي وزيادته (Cohler & Friedman،2004).

ويحدث اضطراب السلوك الفوضوي لدى الأطفال إذا كان الأطفال واقعين تحت ضغوط تتعلق بالآباء مثل :

- عندما يكون لدى الآباء العديد من المشاكل الأخرى بحيث يصبح من الصعب التركيز على مشاكل الأطفال.
- عندما يختلف الآباء في كيفية مساعدة أطفالهم في حلّ مشاكلهم.
- عندما يجادل الآباء بعضـهم البعض أو يضربون بعضهم البعض أمام الطفل.
- عندما يشرك الآباء أطفالهم في معاركهم.
- عندما يستخدم الآباء الكحول والمخدرات أمام أطفالهم.

عندما يستخدم الآباء الكحول والمخدرات بدلا من الحصول على المساعدة.

وفيما يتعلق باضطراب الانتباه أحد اضطرابات السلوك الفوضوي أشارت الدراسات إلى أن الأسر غير المستقرة قد يكون أطفالها أكثر عرضه للإصابة باضطراب الانتباه ، وذلك مثل مرض ، أو إدمان أحد الوالدين ، أو طلاق الوالدين ، أو سفر أحدهما ، أو موته ، أو سوء الانسجام النفسي الأسرى لأي سبب (محمود حمودة ، ١٩٩٨ ، ٢٠٦).

المستوى الاقتصادي الاجتماعي:

ويظل المستوى الاقتصادي الاجتماعي عامل مهم فى تحديد شخصية الفرد أو فى تحديد توافق الفرد أو عدم توافقه ، فالواقع الملموس يجعلنا ندرك الفرق بين طفل يعيش في مستوى اقتصادي اجتماعي مرتفع ، وآخر ينتمي إلى مستوى اقتصادي اجتماعي منخفض ، والحقيقة العلمية أن Barry, et al. (2005) أجرى دراسة من أهدافها الكشف عن العلاقة بين المستوى الاقتصادي الاجتماعي والسلوك الفوضوي على عينة قوامها ٢١٥ طفلاً فى المدى العمري بين ٩-١٢ سنة ، وخُلص إلي أن انخفاض المستوى الاقتصادي الاجتماعي من العوامل المهمة المرتبطة بالسلوك الفوضوي لدى الأطفال.

كما أن معدل انتشار اضطراب الانتباه يرتفع لدى الأطفال الذين ينتمون لأسر ذات مستوى اقتصادي اجتماعي منخفض (السيد على ، وفائقة محمد ، ١٩٩٩، ٣٥-٣٦).

ويري آلان كازدين (٢٠٠٠ ، ١٢٦) أن سوء الحالة الاقتصادية والاجتماعية من العوامل تتنبئ باضطراب المسلك.

العلاقة مع الأقران:

وتعتبر علاقة الطفل مع أقرانه والمحيطين به من العوامل المهمة في تحديد سلوك الطفل إذ أن الطفل الذي يتمتع بحب وتقدير أقرانه والذي يتضح من خلال العلاقات المتبادلة المتكافئة الحميمة في الأنشطة المختلفة سوف يسير نمو سلوكه في الاتجاه الصحيح ، أما إذا تعرض للنبذ والإهمال من أقرانه فقد يكون عرضه للإصابة بالاضطرابات النفسية والسلوكية.

ويبرهن على ذلك (Stowe, et al 2000) ، حيث توصل إلى أن النبذ والإهمال الذي يتعرض له الطفل فى مرحلة الطفولة من العوامل التي تهيئ لظهور السلوك الفوضوي مبكرا ، ويضيف Barry, et al (2005). أن عامل ضغط الأقران المنحرفين يؤثر سلباً على شخصية الطفل وتوافقه.

الإساءة البدنية والجنسية :

ويترتب على الإساءة البدنية والجنسية Sexual and Physical

Abuse التي يتعرض لها الأطفال في مرحلة الطفولة العديد من الاضطرابات النفسية والسلوكية والتي تتطور وتصل إلى حد الخطورة في مرحلة المراهقة والرشد. وعن العلاقة بالسلوك الفوضوي قام Green, et al, (1999). بفحص علاقة الإساءة البدنية والجنسية بالسلوك الفوضوي على عينة تكونت من ٤٩ مراهقة وتراوحت أعمارهن بين ١٣ - ١٧ سنة ، تم تقسيمهن إلى مجموعتين، مجموعة تعرضت للإساءة ، فى مرحله الطفولة ومجموعه لم تتعرض للإساءة ، وتوصل الباحث إلي وجود علاقة بين الإساءة البدنية والجنسية والسلوك الفوضوي لدى الفتيات اللاتي تعرضن للإساءة فى مرحلة الطفولة ، وخلُص الباحث إلى أن الإساءة التي تعرض لها الأطفال فى مرحلة الطفولة من العوامل المسببة للسلوك الفوضوي المبكر ، وعندما يتحد السلوك الفوضوي مع الآثار السلبية للإساءة يكون الطفل أرضا خصبه لظهور الاضطرابات السلوكية والعاطفية الأخرى.

إساءة استخدام المواد:

وتعتبر الكحوليات والمواد المخدرة والعقاقير من المواد ذات الأثر السيئ على الشخصية ، فضلاً عما تؤدى إليه من اضطرابات نفسيه وسلوكية تتطور إلى مشكلات أخطر فيما بعد ، وفى هذا المجال كشف (Moss& Ly-unch (2001,78 عن وجود علاقة بين اعتماد المراهقين على الكحول وأعراض السلوك الفوضوي ، كما أن الذكور المعتمدين على الكحول يعانون من السلوك الفوضوي أكثر من نظرائهم الإناث المعتمدات على الكحول.

وقـام Samuel, et al. (2001) بفحص العلاقة بين السلوك الفوضوي والاعتماد على الكحول والأنواع الأخرى من المخدرات على عينة تكونت من ٥٤ مراهقاً ، وتوصل إلى وجود علاقة بين السلوك الفوضوي ومتغيرات الدراسة، كما يعتمد المراهقون ذوى السلوك الفوضوي على الكحول فى المقام الأول يليه التدخين المعتمد على التبغ ثم التدخين المعتمد على المرهوان (الحشيش) Marijuana - قنب هندي تستخدم أوراقه وأزهاره فى التدخين - ثم تليه

الأنواع المخـدرة الأخرى ، ويضيفـ(Mahim, et al (2007. أن استخدام النكوتين Nicotine من العوامل التي تقف خلف اضطراب السلوك الفوضوي.

عوامل اجتماعية :

وتوجد عوامل اجتماعية تعمل على تطوير اضطراب السلوك الفوضوي منها : الفقر ، وضعف البناء الاجتماعي ، والعنف الاجتماعي ، والخلل في البيئة الأسرية ، والشباب المهملون بسب غياب إشراف الوالدين أو بسب غياب السلوكيات الوالدية الايجابية ، أو الذين يعانون من قسوة في المعاملة ، بما في ذلك الاعتداء على الأطفال والذي يجعلهم أكثر عرضة للخطر ، كما يكون لجماعة الأقران المنحرفة دور في تطوير أعراض اضطراب السلوك الفوضوي ، وعادة في تلك العلاقات تعلم الشباب السلوك المنحرف ، ويعززون أنماط السلوك السلبي ، كما يجربون نتائج علاجية فقيرة (AACAP،2004).

عوامل أخري:

تؤكد الرابطة الأمريكية للطب النفسي للأطفال والمراهقين على أن اضطراب المسلك يحدث نتيجة لعوامل متعددة منها : الفشل المدرسي ، خبرات الحياة الصادمة ، الإعتداء على الأطفال من قبل الآخرين (AACA,2004).

الفصل الثالث

الأعراض والتشخيص

- أعراض اضطرابات السلوك الفوضوي
- تشخيص اضطرابات السلوك الفوضوي
- فريق التشخيص اللازم لتشخيص اضطرابات السلوك الفوضوي
- أدوات تشخيص اضطرابات السلوك الفوضوي
- واختبارات تشخيص اضطرابات السلوك الفوضوي
- قائمة كونرز لتقدير السلوك
- مقياس انتباه الأطفال وتوافقهم
- مقياس ضعف الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد
- مقياس اضطرابات السلوك الفوضوي للأطفال المتخلفين عقلياً.

الفصل الثالث

الأعراض والتشخيص

أعراض اضطرابات السلوك الفوضوي:

تختلف أعراض السلوك الفوضوى باختلاف الحضارات والثقافات ، فكما سبق أن أشرنا أن السلوك الفوضوي مفهوم حضاري ثقافي ، وتختلف أعراض السلوك الفوضوي باختلاف طبيعة البحوث والهدف من كل بحث ، وترتب على ذلك أن قدم لنا الباحثون عدد وافر من الخصائص التي يمكن من خلالها الكشف عن السلوك الفوضوي ، كما قدم مؤلفو دليل تشخيص الاضطرابات النفسية وإحصائها الرابع DSM-IV السلوك الفوضوي باعتباره مجموعه من الاضطرابات تتمثل فى الاضطرابات الآتية :-

١. اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد

Attention deficit hyperactivity disorder

٢. اضطراب العناد المتحدى

Oppositional defiant disorder

٣. اضطراب المسلك

Conduct disorder

وبـمـراجعة نتـائج البـحـوث والدراسات لاحظنا أن للسلوك الفوضوي أبعاد أخرى مثل : الضوضاء ، حيث نجد أن التراث السيـكولوجي أفرز لنـا مصـطلحات مـثل :

Vocally Disruptive Behavior

ومصطلح Verbally Disruptive Behavior

وتشير هذه المصطلحات إلى السلوك الفوضوي اللفظي ، كما يتصف الأطفال ذوى السلوك الفوضوي بأعراض اللامبالاة والتي تتمثل في عدم مراعاة مشاعر الآخرين ، وتجاهل بعض المواقـف الهامة لـذلك نرى أن السلوك الفـوضوي يتـحدد بالأبعاد الآتية :-

- اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد.

- اضطراب العناد المتحدى
- اضطراب المسلك
- الضوضاء
- اللامبالاة

ويمكن توضيح هذه الأبعاد بشيء من التفصيل على النحو التالي:

اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد:

أشار الدليل التشخيصي الإحصائي DSM في طبيعته الثالثة عام ١٩٨٠ ، وطبعته الرابعة عام ١٩٩٤ إلى أهم الأعراض التي يتم عن طريقها تحديد وتشخيص مصطلح ADHD وهي : نقص الانتباه ، والنشاط الزائد، والاندفاعية، وأن مصطلح ADD يتحدد بأعراض نقص الانتباه والاندفاعية (ابتسام حامد ،١٩٩٧ ، ٢٨ - ٢٩ ؛ عبد الرقيب البحيري ، وعفاف محمد ، ١٩٩٧، ١٥).

واتفقت بعض الدراسات السابقة مع الأعراض التي قدمها دليل تشخيص الاضطرابات النفسية وإحصائها ، فقد توصلت بعض الدراسات إلى أن الأطفال ذوى اضطراب الانتباه يتصفون بنقص الانتباه ، والاندفاعية، والنشاط الزائد ، ويعتبر النشاط الزائد مصدر رئيس لهذا الاضطراب (Cooper&O›regan،2001،3 ،Archie،1992;Nancy،1996)

وتوجد سلوكية عامة تنتشر داخل الفصل الدراسي مرتبطة باضطراب الانتباه ، وهي :

- يخرج من مقعده بصفة متكررة في أوقات ومواقف غير مناسبة.
- يخرج عن قواعد الفصل المعمول بها.
- لا يتبع توجيهات المعلمين أو تعليمات الكبار.
- يتحدث علي نحو غير صحيح ، أو يصرخ.
- يبدى سلوك عدواني تجاه زملاء الفصل.
- يبدى مدى انتابه قصير ، ويشرد ذهنه بسهولة.
- يزعج زملاء الفصل ، يعوق أداء أعمالهم ، أو يمنعهم من التركيز.

- كثير النسيان ، غارق في أحلام اليقظة.
- يفقد أو ينسى أدواته.
- لا يؤدى واجباته المدرسية أو يتأخر فى تأديتها.
- واجبه المقدم غير مكتمل أو غير منسق(Cooper & O' regan ,2001,8)

ويمكن توضيح مكونات اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد على النحو التالي :

نقص الانتباه Inattention

يرى عبد المنعم الدردير (١٩٩٩ ، ٥٨) أن الخصائص السلوكية لنقص الانتباه تتمثل في الخصائص الآتية :

- يتشتت انتباههم بسهولة.
- عدم القدرة على التركيز في الأعمال المدرسية ، أو الأعمال التي تتطلب الانتباه.
- كثيرو السرحان ، ويحتاجون دائما إلى مساعدة المعلم أو الآخرين.
- يراقبون كل ما يجرى في الفصل بنظراتهم.
- لا ينتبهون جيداً إلى ما يقال لهم ، وأكثر عصياناً لأوامر الوالدين.
- يعانون من صعوبة في الاستمرار في اللعب مع زملائهم لفترة طويلة.
- يعانون من صعوبة في انتقاء المثيرات التي يجب أن ينتبهوا إليها من بين المثيرات المشتتة.

ويلخص (Cooper & O'regan,2001,8) أهم السلوكيات التي يتصف بها الأطفال مضطربي الانتباه ، وهى مشتقة من معايير الدليل التشخيصي الإحصائي على النحو التالي :

- يفشل في أن يعطى انتباه مركز للتفاصيل ، ولديه أخطاء في العمل المدرسي والأنشطة المختلفة.
- غالباً ما يجد صعوبة في الانتباه للأعمال سواء الشاقة أو السهلة.
- من السهل أن يسرح أثناء الأنشطة.
- غالباً لا يبدو عليه أنه يستمع إليك عندما تتحدث إليه مباشرة.

- لا يتبع التعليمات ، ويفشل في إنهاء العمل المدرسي والوظائف والواجب، فهو يظهر سلوكاً متعارضاً.
- لديه صعوبة في تنظيم الأنشطة والأعمال.
- غالباً ما يتجنب أو يكره الانغماس في الأعمال التي تتطلب مجهوداً ذهنياً.
- غالباً ما يفقد الأشياء الضرورية عند القيام بالأنشطة ، أو الأعمال الأخرى مثل : الألعاب ، الأقلام ، الأدوات .....
- ينسى الأنشطة اليومية.

الاندفاعية Impulsivity

يرى عبد المنعم الدردير (١٩٩٩ ، ٥٨) أن الخصائص السلوكية للأطفال المندفعين تتمثل في الخصائص الآتية :

- يتصرفون قبل أن يفكروا.
- يعانون من صعوبة فى تنظيم مهامهم.
- يتميزون بالتهور والعصبية وسرعة الانفعال.
- يحتاجون إلى ملاحظة أو مراقبة مكثفة باستمرار.
- يقاطعون الآخرين في الحديث أو في لعبهم ، ويتكلمون بصوت مرتفع عن المعتاد.
- يعانون من صعوبة في انتظار دورهم في اللعب أو في المواقف الاجتماعية الأخرى.
- ينتقلون بسرعة من عمل إلى أخر قبل اكتمال العمل الأول.
- لا يتحلون بالصبر أو التروي.

ويلخص (Cooper &O'regan (2001،3-4 أهم السلوكيات التي يتصف بها الأطفال المندفعين ، وهى مشتقة من معايير الدليل التشخيصي الإحصائي على النحو التالي :

- يندفع في الإجابة قبل اكتمال الأسئلة.
- يجد صعوبة في انتظار دوره.

- يقاطع الآخرين ويتطفل عليهم.
- يندفع في المحادثات والألعاب

النشاط الزائد Hyperactivity

يشير زكريا الشربيني (١٩٩٤ ، ٢٠١) إلى أن أهم المظاهر السلوكية لذوى النشاط الزائد هي :

- كثرة الحركة
- تسلق الأشياء.
- التململ من الجلوس لفترة طويلة.
- كثرة الحركة أثناء النوم.

ويرى عبد المنعم الدردير (١٩٩٩ ، ٥٨) أن الخصائص السلوكية للأطفال ذوى النشاط الزائد تتمثل في الخصائص الآتية :

- كثرة الحركة مثل : الجري ، القفز ، تسلق الأشياء ، التململ.
- كثرة الحركة أثناء النوم « الأرق».
- كثرة الخروج من المقعد في الفصل.
- كثرة تحريك الأشياء من أماكنها في المنزل.
- كثرة الكلام والطلبات من الوالدين.
- كثيرا ما يطلب منه الخروج من الفصل لأنه غير هادئ.
- إزعاج الآخرين بإثارة الشغب والضوضاء.

ويلخص (Cooper &O'regan (2001،2-4 أهم السلوكيات التي يتصف بها الأطفال ذوى النشاط الزائد ، وهى مشتقة من معايير الدليل التشخيصي الإحصائي على النحو التالي :

- يحرك قدميه ويديه كثيراً ، ويتلوى فى مقعده.
- يترك مقعده فى الفصل فى المواقف التي تتطلب جلوسه.
- يتحرك ، ويجرى بإفراط فى أوقات غير مناسبة.
- يجد صعوبة فى اللعب أو الانغماس فى الأنشطة الترفيهية بهدوء.
- متعجل ، ويتحرك كما لو أنه يقوده موتور.

- غالباً ما يتحدث بإفراط.

وأشارت بعض الدراسات والكتابات السيكولوجية إلى عدد من الأعراض والتي تعد أعراضاً ثانوية لاضطراب الانتباه (محمد على ، ١٩٩٦ ، ١٠٢ - ١٠٣).

وتتضمن الأعراض الثانوية مجموعة من الصعوبات التنظيمية ، فالطفل يتبع أي وسيلة للحصول على احتياجاته ، ولا يتبع الأدوار ، ويبدو متعارضاً مع نفسه ومع الآخرين، ولا يتحمل نتائج أفعاله أو مسئوليته عنها.

وتختلف أعراض اضطراب الانتباه لدى الأطفال باختلاف المرحلة العمرية التي يمرون بها حيث نجدها في مراحل الوليد والمهد والطفولة المبكرة قد تأخذ المظهر العضوي ، بينما نجدها في مرحلتي الطفولة الوسطى والمتأخرة تأخذ الشكل السلوكي (Connor, et al., 2003).

ويتصف الأطفال في عمر المدرسة بالإفراط في الحساسية ، فهم ينزعجون بسهولة من الضوضاء أو الضوء والحرارة ، وفى المدرسة يقبل الأطفال المصابين باضطراب الانتباه على إجراء الاختبارات ولكنهم لا يستطيعون سوى إجابة سؤالين ، ولا تتوافر لديهم المقدرة لانتظار النداء عليهم بالمدرسة ، وفى المنزل لا يمكن السيطرة عليهم ولو لدقيقة واحدة (محمد كامل ، ١٩٩٦ ، ١٠٢ - ١٠٣).

وأهم أعراض اضطراب الانتباه لدى الطفل فى عمر المدرسة :-

- الانتباه القصير فلا يستطيع الطفل تركيز انتباهه على أي منبه أكثر من بضعة ثواني .
- يسهل تشتت الانتباه ، ويصعب عليه التركيز على منبه معين.
- يعانى من ضعف القدرة على الإنصات ، فيبدو وكأنه لا يسمع.
- يعانى من ضعف القدرة على التفكير.
- يعانى من بطء في العمليات العقلية التي تقوم بمعالجة المعلومات .
- عدم قدرة الطفل على إنهاء العمل الذي يقوم به .
- يتصف بكثرة الحركة البدنية بدون سبب أو هدف .
- يعانى من الاندفاع .

- لا يتمسك بالتقاليد ولا بالنظم المعمول بها.
- يبرئ نفسه دائما من الأخطاء ، ويلقي باللوم على الآخرين .
- كثير التردد عند اتخاذ أي قرار .
- يصدق كل ما يقال له.
- يتسم بشدة الطمع .
- عدم الثبات الانفعالي .
- يستغرق فى النظر إلى البيئة المحيطة وكأنه يحلم.
- يقوم بالتعليقات الشفهية على الكلام الذي يسمعه.
- يعانى من ضعف القدرة على الإنصات (السيد على وفائقة محمد ، ١٩٩٩، ٤٩-٥٠).

ويعرض كل من (Cooper &O'regan (2001,10-11 حالة طفل يعانى من اضطراب الانتباه ، حيث يصف هذا الطفل ما يشعر به على النحو التالي : -

- دائماً أكون مزعجاً في البيت والمدرسة لأنني أقوم بالأخطاء ، ولا أنهى أعمالي.
- المعلمون والآباء يشعرون بالخيبة تجاهي ، ويفقدون الأمل منى.
- الآخرون غير جادين معي حتى عندما أحاول أن أعمل بجد.
- لا أرى الأشياء التي يراها الآخرون فى الطريق.
- لا أفهم كيف يفكر ويشعر الآخرون.
- أشعر وكأنني وحيد.
- الناس أحياننا يعتقدون أنني شاذ.
- الناس غالباً لا يحبونني ويتجاهلوني.
- الناس أحياننا يسخرون منى.
- أشعر بصعوبة فى التعامل مع الآخرين.
- أشعر باليأس من هذه المشكلات والغضب.
- أتمنى من الناس أن يتركوني وحدي.

- دائما أنسى الأشياء.
- لست كفأ في العمل المدرسي.
- مهملاً في كل شيء.

ويتم تحديد معيار النشاط الزائد بناءً علي مستوى نشاط الطفل العادي ، فالطفل زائد النشاط يكون مستوى نشاطه عالياً في المواقف التي لا تتطلب ذلك ، ويكون غير قادر على خفض هذا النشاط إذا طلب منه ذلك ، كما أن لديه قدرة على أن يصدر استجاباته بسرعة أكثر من الطفل العادي ، ويعانى من مشكلات سلوكية وتعليمية (صلاح الشريف ، ١٩٩١، ٦٢٨).

وأشارت جمعية الطب النفسي الأمريكية APA في دليل تشخيص الاضطرابات النفسية وإحصائها في الطبعة الثالثة المعدلة إلى مجموعة من المعايير التي تصف الطفل الذي يعانى من اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ، فيوصف الطفل على أنه يعانى من اضطراب الانتباه فى الحالات الآتية :

أ. إذا كانت لديه ثمانية من الأعراض التالية قائمة ومستمرة لمدة ستة شهور أو أكثر ، وهذه المعايير هي :

- يجد صعوبة في أن يظل جالساً.
- غالبا ما يعبر عن تململه أو عصبيته من خلال يديه أو قدميه أو يتلوى في مقعده.
- يجد صعوبة في أن يلعب بهدوء.
- يتحدث كثيراً وبصورة مفرطة.
- غالبا ما يتحول من نشاط لأخر قبل اكتمال أي منه.
- لديه صعوبة في أن يظل محتفظاً بانتباهه خلال الأداء على المهام أو أنشطة اللعب.
- لديه صعوبة في متابعة الدروس أو التعليمات التي تصدر من الآخرين (ليس اعتراضاً أو فشلاً في الفهم).
- يسهل تشتيته من خلال أية مثيرات خارجية.
- غالباً ما يقاطع أو يتطفل أو يقتحم الآخرين.

- غالباً ما يجيب على الأسئلة باندفاع وبلا تفكير وحتى قبل اكتمالها.
- لديه صعوبة في انتظار دوره في الألعاب أو المواقف الاجتماعية.
- غالباً ما ينشغل أو يقحم نفسه بدنياً في أنشطة خطرة دون اعتبار لنتائجها أو ما يترتب عليها.
- غالباً ما يفقد الأشياء الضرورية لأداء المهام أو الأنشطة المدرسية في البيت.
- يبدو غير منصت لما يقال له.

ب. البداية قبل سن السابعة.

ت. لا يحقق المستوى المطلوب على محك الاضطرابات النمائية (فتحي الزيات، ١٩٩٨، ٢٦٢).

ويفضل الاحتفاظ بأعراض نقص الانتباه، التسرع، النشاط المفرط، مشكلات السلوك منفصلة من أجل تشخيص وتخطيط علاجي أفضل. ومن الواضح أن المقاييس المنفصلة لقياس المجالات المختلفة لأداء الطفل أمر مرغوب فيه للقياس (عبد الرقيب البحيري، وعفاف عجلان، ١٩٩٧، ٧).

اضطراب العناد المتحدى:

يمكن توضيح المعايير التشخيصية لاضطراب العناد المتحدي على النحو التالي :

أ. نمط من السلوك السلبي والعدائي والمتحدي يستمر لمدة ستة أشهر على الأقل، يظهر خلالها أربعة أو أكثر من الأعراض الآتية :

- كثيراً ما يفقد أعصابه.
- كثيراً ما يجادل الكبار (الراشدين).
- غالباً ما يتحدى، ويرفض الإذعان لطلبات أو أوامر الأشخاص الراشدين أو للأصول والقواعد.
- غالباً ما يضايق الناس عن عمد.
- غالباً يلوم الآخرين على أخطائه أو سوء سلوكه.
- غالباً ما يكون سهل الاستثارة والضيق بالآخرين.

- غالباً ما يكون غاضباً ومستاءً.
- غالباً ما يكون حاقداً ومحباً للانتقام.

ب. يسبب هذا الاضطراب السلوكي ضعفاً إكلينيكيا ملحوظاً.

ت. لا تحدث هذه السلوكيات على وجه الحصر أثناء المسار المرضى لاضطراب ذهاني أو لاضطراب المزاج (محمد عبد الرحمن ، ومنى على ، ٢٠٠٣، ٢١ -٢٢).

ويبدو هذا الاضطراب أكثر بروزاً لدى الذكور الذين كان لديهم مشكلات مزاجية ، أو نشاط حركي مرتفع في عمر ما قبل المدرسة. أما في عمر المدرسة فيكون لديهم انخفاض في تقدير الذات ، وتقلبات مزاجية ، وقدرة منخفضة علي تحمل الإحباط ، واستخدام السباب والشتائم والشرب المبكر للخمور ، والتدخين والمخدرات ، كما يعانون من صراعات مع الوالدين والمعلمين والزملاء، وقد يدخلون في دائرة مفرغة مع الآباء في اللوم والتأنيب المتبادل ، ويكثر هذا الاضطراب في الأسر التي اضطربت فيها عملية تنشئة الطفل ، أو في أسرة تعاني من خصومات عنيفة ، وعدم اتساق وإهمال ولامبالاة في تربية الأطفال (جمعه يوسف ، ٢٠٠٠ ، ٢٨١).

وتم وصف اضطراب العناد المتحدي في الدليل التشخيصي الإحصائي الرابع المعدل DSM-IV-TR2000 على النحو التالي :

- يفقد أعصابه.
- يجادل الكبار.
- يتحدى بنشاط قواعد الكبار.
- يتعمد إزعاج الآخرين.
- يلوم الآخرين لسوء تصرفه.
- ينزعج بسهولة أو يضطرب مزاجه من قبل الآخرين.
- يشعر بالغضب والاستياء.
- حاقد (Kisicki & French,2011,508)

اضطراب المسلك:

يتم تحديد اضطراب المسلك من خلال أثر سلوك الطفل على الناس ، والمحيطين به ، فالمدرسة ، والوالدين ، والأقران ، والنظام القضائي عادة ما يحدد السلوكيات المكونة للتصرف غير المقبول ، وعندما يتم تعريف هؤلاء الأطفال من خلال السلطات القضائية ، يتم اعتبارهم كأحداث جانحين ، كمصطلح قانوني، وليس نفسي (Davison& Neale,1998,416)

ويمكن توضيح المعايير التشخيصية لاضطراب المسلك على النحو التالي :

أ. نمط متواصل ومتكرر من السلوك تنتهك فيه الحقوق الأساسية للآخرين، أو المبادئ والقواعد الاجتماعية الأساسية الملائمة لعمر الشخص ، كما يبدو هذا في وجود ثلاثة أو أكثر من المعايير التالية خلال الإثنى عشر شهر الماضية مع وجود معيار واحد على الأقل خلال فترة الشهور الستة الماضية. ويمكن توضيح اضطراب المسلك من خلال الأبعاد الآتية :

- العدوان على الأشخاص والحيوانات.
- غالبا ما يستأسد « يتنمر « أو يهدد ، أو يخيف الآخرين.
- غالباً ما يثير شجاراً بدنياً مع الغير.
- يستخدم سلاحاً من الممكن أن يسبب ضرراً بدنياً خطيراً للآخرين مثل: عصا غليظة - أو حجر ، أو زجاجة مكسورة ، أو سكينة أو مسدس.
- يعتدي بدنيا بقسوة على الآخرين.
- يعتدي بدنياً بقسوة على الحيوانات.
- يقوم بالسرقة مع مواجهة الضحية مثل : السلب ، خطف حافظة نقود، الاغتصاب ، السطو المسلح.
- يجبر شخصاً ما على ممارسة النشاط الجنسي معه.

تدمير الممتلكات

- يقوم عن عمد بإشعال حريق بنية إحداث دمار خطير.
- يدمر عن عمد ممتلكات الآخرين ؛ بطريقة أخرى غير إشعال حريق.

الخداع أو السرقة :

– يقوم باقتحام بيت أو منزل أو سيارة شخص أخر.

– غالبا ما يكذب للحصول على مكاسب أو امتيازات ؛ أي يحتال ويخدع الآخرين.

– يقوم بسرقة أشياء ذات قيمة كبيرة بدون مواجهة الضحية ؛ مثل : سرقة المعروضات من متجر ، أو السرقة بدون الاقتحام أو الدخول ، أو التزوير والتزييف.

انتهاكات خطيرة للقواعد والمعايير:

– غالبا ما يظل خارج المنزل رغم تحذيرات والديه ، يبدأ ذلك قبل الثالثة عشرة من عمره.

– الفرار من المنزل ليلا على الأقل مرتين ، في وقت كان يعيش فيه في بيت أسرته أو أسرة بديلة ؛ أو مرة واحدة ولكن بدون الرجوع إلى المنزل لفترة طويلة جداً.

– غالباً ما يهرب من المدرسة ، ويبدأ ذلك قبل الثالثة عشرة من عمره.

ب. يسبب هذا الاضطراب السلوكي قصوراً إكلينيكيا ملحوظاً في الأداء الاجتماعي والأكاديمي والمهني.

ت. لو كان الفرد في الثامنة عشرة أو أكثر من العمر ، فهو لا يفي بمحكات اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع (محمد عبد الرحمن ، ومنى على ، ٢٠٠٣، ٢٥ – ٢٦).

ويرتبط اضطراب المسلك بسوء التوافق الكلى للشخصية ، لذلك يستطيع الآباء والمعلمون أن يلاحظوا الخصائص الآتية للتعرف على الطفل الذي يعانى من الاضطراب السلوكي :

– الطفل الذي يعمل على لفت الأنظار إليه بطريقة ثابتة تقريباً.

– الطفل الذي لا يحبه الأطفال الآخرون ، ويكون لديه في الغالب مشكلات تتعلق بتكيفه في المجتمع، ونبذ الأصدقاء له يمكن أن يكون في نفس الوقت سبباً أو نتيجة لاضطرابه الانفعالي.

- الطفل الذي يرفض تحمل أي نوع من المسؤولية في البيت أو المدرسة.
- الطفل الذي يلوم الآخرين دائما عند الوقوع في الخطأ أو الفشل ، ويحتاج إلى ملاحظة.
- الأطفال الذين يشكون دائماً ، وينتقدون ، ولا يقتنعون بما يقوم به الآباء نحوهم ، ويكونون في الغالب ممن يعانون من بعض الاضطرابات الانفعالية.
- الطفل المصاب بالمخاوف ، والقلق بدرجة كبيرة واضحة لا تقارن بمخاوف العاديين.
- الطفل الذي ينغمس بشكل مبالغ فيه في أحلام اليقظة.
- الطفل الذي يكذب كثيراً.
- الطفل الذي يكون منعزلاً أو منطوياً (ليونارد شارلز ، ١٩٨٤ ، ٤٧ - ٤٩).

ويظهر الأطفال والمراهقون ذوي اضطراب المسلك السلوكيات الآتية :

١. العدوان على الناس والحيوانات ويتضمن ما يلي :
- تهديد وتخويف الآخرين
- استعمال السلاح لأذى الآخرين
- سرقة في مواجهات مع الضحايا
- الاعتداء على الآخرين جسديا

٢. تدمير الممتلكات ، وتحطيم ممتلكات الآخرين ، وإشعال النيران.

٣. الخداع والكذب والسرقة ؛ مثل : الكذب وخداع الآخرين - السرقة دون مواجهة مع الضحايا.

٤. انتهاك القواعد الاجتماعية مثل : بقاؤه خارج المنزل رغم اعتراضات الأبوين ، التغيب عن المدرسة ، يبقى خارج المنزل لفترات طويلة (AACA,2004).

وتم وصف اضطراب المسلك في الدليل التشخيصي الإحصائي الرابع المعدل DSM-IV-TR،2000 على النحو التالي :

العدوان:

- يهدد أو يخيف الآخرين.
- يبدأ بالعدوان المادي.
- يستخدم سلاحاً يؤدي إلى الأذى الجسدي.
- يعتدي على الحيوانات
- يعتدي على الآخرين
- يسرق الآخرين عن طريق التهديد أو العدوان
- يجبر شخصاً ما على ممارسة الجنس.

تدمير الممتلكات:

- يطلق النار بنية إلحاق الضرر.
- يدمر ممتلكات الآخرين عن عمد.
- الخداع.
- يقتحم منزل أو سيارة أو مبنى.
- يكذب للحصول علي الأشياء أو لتجنب الالتزامات.
- يسرق.

انتهاك القواعد:

- يظل خارج المنزل ليلاً رغم تحذيرات والديه ، ويبدأ ذلك قبل الثالثة عشرة من عمره.
- الفرار من المنزل ليلا على الأقل مرة أو مرتين ، بدون الرجوع إلى المنزل لفترة طويلة جداً.
- غالباً ما يهرب من المدرسة ، ويبدأ ذلك قبل الثالثة عشرة من عمره (Kisicki & French,2011,508)

وكشفت دراسة أن عملية تشخيص اضطراب المسلك تستند على مدي استمرار وتكرار سلوك كسر القواعد ، أو السلوكيات التي تنتهك حقوق الآخرين، وقد يحدث اضطراب المسلك أولا في مرحلة الطفولة أو مرحلة المراهقة (Christophersen & Mortweet2001)

وتلخيصا لما سبق دراسته من أعراض وخصائص اضطرابات السلوك الفوضوي يمكن توضيح الأعراض التشخيصية لاضطرابات السلوك الفوضوي فى الأبعاد الآتية :

١. النشاط الزائد hyperactivity

يتصف الأطفال ذوى السلوك الفوضوي بكثرة الحركة البدنية عن المعدل الطبيعي للطفل ، أو لمن في نفس عمر الطفل ، فنجد الطفل يجرى من مكان لآخر بدون سبب ، ويترك مقعده فجأة أو يخبطه بيديه أو رجليه ، يتسلق فوق المكتب أو يدخل تحته ويتسلق الأماكن العالية ، يخبط الأشياء من حوله ، يتخبط على الأرض ويجد صعوبة في أن يظل ساكن لفترة قصيرة ، فهو دائم الارتباك والتلوي .

٢. الاندفاعية Impulsivity

يتسرع الأطفال ذوى السلوك الفوضوي عند القيام ببعض المهام بدون تفكير أو إدراك للعواقب المترتبة على ذلك ، يخرب لعبه ، ويـعبث بأثاث المنزل والمدرسة ، يرمى الأشياء مـن حوله ، سريع الغضب ، ويبدى ردود أفعال غير مناسبة للـمواقـف ، يندفع في الإجابة قبل اكتمال الأسئلة ، فتبدو الاستجابات غير متناسقة مع الأسئلة .

٣. نقص الانتباه Inattention

يبدى الأطفال ذوى السلوك الفوضوي قصوراً فى التركيز عند أداء بعض المهام أو الأنشطة فيسردون قصص وحكايات غير مكتملة ، ويتحدثون خارج موضوع النقاش ، ويثيرون أسئلة غير مكتملة المعنى ، ويجدون صعوبة فى إتباع التعليمات أو متابعة توجيهات الأسرة والمعلم ، ويطلبون مساعدة الآخرين لإنجاز مهامهم.

٤. العناد المتحدي Oppositional Defiant Disorder

يتصف الطفل الذي يعانى من السلوك الفوضوي بأنه يعارض الكبار، ويخالف النظم والقواعد والتعليمات ، ولا يتبع النصائح ، فيخالف تعليمات الأسرة ، ويتمرد على إخوته وأقرانه ، ويرفض الاعتراف بأخطائه لأسباب غير منطقية.

٥. اضطراب المسلك Conduct Disorder

يقوم الأطفال ذوى السلوك الفوضوي ببعض السلوكيات التي يرفضها المجتمع والتي تعتبر انتهاكا لحقوق الآخرين والمبادئ والمعايير التي يتبناها المجتمع سواء كانت فى المنزل أو المدرسة أو المجتمع العام ، وتتمثل هذه السلوكيات فى أعمال التخريب ، والسرقة ، والكذب ، والاعتداء على الآخرين ، والشجار ، واستخدام المواد والعقاقير المخدرة ، والمشكلات الجنسية .

٦. الضوضاء :

اهتم الباحثون بدراسة السلوك الفوضوي اللفظي فى دراسات متعددة وكأنه أحد أنواع السلوك الفوضوي فاستخدام Werner, et al. (2000) مصطلح Verbally Disruptive Behavior واستخدم كل من Mcminnt & Draper (2005) مصطلح Vocally Disruptive Behavior لدراسة السلوك الفوضوي اللفظي .

فيقوم الطفل بالصراخ ، والبكاء ، والعويل ، ويصدر أصوات غير مفهومه وإذا كانت الأصوات مفهومة فهي في أوقات غير مناسبة ، ففي المدرسة يصفق ، ويصفر أثناء شرح المعلم ، ويصرخ ، ويصيح في المنزل في أوقات غير مناسبة ، فيصدر أصوات غير مناسبة في وقت نوم الأسرة ، أو أثناء انشغال الأسرة في حديث مهم ، أو كانت الأسرة في موقف يستدعى الصمت .

٧. اللامبالاة :

يتجاهل هؤلاء الأطفال المواقف والأشياء المهمة التي تستلزم الانتباه ، فلا يهتم بكتبه وأدواته المدرسية ، وربما ينسى أشياءه المهمة في أماكن غير معروفة، فلا يتحمل المسئولية فيهرب من المدرسة ، ولا يهتم بمشاعر الآخرين فيبدى عواطف سلبية للأحداث والمحيطين به ، فلا يكترث بما يحدث حوله ، فيرمى الأشياء في أماكن غير مناسبة ، ويهمل واجبه المدرسي ، ولا يشارك بفاعليه في أنشطة الأسرة ، فهو في نظر الآخرين غير معتمد عليه ، فضلا عن ذلك فهو مهملا في نفسه ، وغير مراع للنظم عند ممارسه الأنشطة.

تشخيص اضطرابات السلوك الفوضوي : -

يعتبر التشخيص المتمايز الدقيق شرط أساسي للعلاج الفعال لدى

الأطفال ذوى السلوك الفوضوي ، وتعتبر الأدوات المعتمدة على معايير دليل تشخيص الاضطرابات النفسية وإحصائها ، ومعايير منظمه الصحة العالمية من الأدوات المهمة في تشخيص اضطراب السلوك الفوضوي ، ويجب أن يتضمن التشخيص ميادين متعددة مثل : المنزل والمدرسة والمجتمع ، ويأخذ في الاعتبار الآباء والمعلمين والأقران كجزء من إجراءات التشخيص ، ويستلزم التشخيص الجاد بناء ليس فقط على مستوى الأعراض المعيارية الحاضرة ولكن علي مستوى الأعراض المزمنة والعارضة والأعراض المحددة من خلال التشخيص المتمايز ، ويأخذ في الحسبان أيضا توقيت حدوث الأعراض لكي نخرج من الاضطرابات الأخرى المتضمنة في الفوضى السلوكية (Kutcher, et al. 2004,14).

ويتطلب التشخيص الدقيق لاضطراب السلوك الفوضوي اثنين على الأقل من الأساليب المختلفة للتقييم مثل : مقاييس تقدير السلوك ، والمقابلات التشخيصية المنظمة(Christophersen & Mortweet, 2001).

وتختلف أساليب التشخيص باختلاف الحالات ، وتعد قوائم التقدير من الأدوات الناجحة في تشخيص السلوك الفوضوي والتي يقوم بالأداء عليها الآباء والمعلمين ، ونظرا لما يتركه السلوك الفوضوي من آثار سلبية على الأقران استخدم Charlebois، et al (2004،206).مقياس تقدير الأقران ، وهو مقياس يقوم بالأداء عليه الأقران المحيطين بالطفل وهو من المقاييس السوسيومترية في تشخيص السلوك الفوضوي ، كما تستخدم المقابلات والملاحظات.

وبناءً على ما سبق تم استخدام عدد كبير من أساليب القياس لتشخيص اضطرابات السلوك الفوضوي ، ومنها :

- التقديرات السلوكية
- قوائم الملاحظة
- القياسات الجسمية المباشرة
- اختبارات الأداء البسيطة
- الاختبارات المعرفية ذات الرتبة الأعلى.
- الفحص الطبي

ويعد قياس التقديرات السلوكية الأكثر شيوعاً في الاستخدام . وبالرغم من أن أساليب الملاحظة قد استخدمت في عدد من الدراسات إلا أنها تستغرق وقتاً طويلاً ومكلفة ، وتدريب الملاحظ يجب أن يكون مكثفاً حتى نستطيع الحصول على ثبات مرتفع بين الملاحظين ، ويجب أن يكون الملاحظون حريصون على أخذ سياق الملاحظة في الاعتبار ، وبالرغم من أفضلية التقديرات السلوكية إلا أن بعض مقاييس التقدير السلوكي تكتنفها بعض المشكلات مثل : عبارات بعض المقاييس تبدو غير مرتبطة بالعوامل الرئيسية ، ومقاييس التقدير التي يستخدمها الوالد لم تكن حساسة لنتائج علاج الأطفال من الاضطراب باستخدام العقاقير ، وتختلف تقديرات الوالدين عن تقديرات المعلمين (عبد الرقيب البحيري ، وعفاف عجلان ، ١٩٩٧ ، ٨-١٠).

ويرجع تعدد الأدوات المستخدمة في التشخيص إلي أن الحكم على الطفل بأنه يعاني من اضطراب ما عملية ليست سهلة ، ويترتب عليها أمور أخرى تتعلق بالأسرة والطفل والمحيطين به ، ويترتب عليها نوع العلاج وكيفيته .

ويجب أن نراع عند التشخيص البيئة المنزلية والمدرسية معاً لأن أكثر جوانب السلوك الفوضوي التأثير السلبي الذي يسببه الطفل للمحيطين به ، فالبيئة المنزلية والمدرسية وجهان لعملة واحدة في حياه الطفل ، حيث يقضى في المدرسة فتره قد تعادل الفترة التي يقضيها في المنزل ، ويتفاعل مع أصدقاء وأقران ومعلمين وعليه التزامات وواجبات يجب أن تراع ، لذلك ننصح بضرورة مراعاة البيئة المنزلية والمدرسية عند إجراءات التشخيص الجاد .

ونأخذ في الاعتبار مدة حدوث العرض فاستمرار الطفل في سلوك معين غير مناسب يحتسب على الطفل ولا يحسب عليه السلوك العارض أو النادر، ونشير هنا إلى أن ما يعد سلوكاً فوضوياً لابد أن يأخذ فترة كافية في الحدوث .

ونتفق مع ما أورده كل من Cooper & O'regan (2001,19) عن عملية التقييم الكمي ، والتي تتضمن جمع معلومات يمكن الحصول عليها من خلال المقابلات والاستفتاءات التي تتم مع الطفل وأعضاء الأسرة والأقران والمعلمين ، وأن التقييم الكمي يجب أن يتضمن وظائف الطفل النفسية والتربوية والطبية.

فريق التشخيص اللازم لتشخيص اضطرابات السلوك الفوضوي :

بناءً علي ما سبق نؤكد على أن علمية التشخيص يجب أن تكون على نحو متكامل « فريق « تشمل ما يلي :

– **الطفل نفسه** : حيث يتم تقييم الطفل عن طريق تطبيق بعض الاختبارات المقننة أو عن طريق المقابلة أو الملاحظة.

– **أعضاء الأسرة** : ويتم تقييم الطفل عن طريق أسرته ، فالأسرة هي البيئة الأولي التي تتأثر من سلوكيات الطفل غير المناسبة ، وهى الأقدر علي تحديد السلوكيات المناسبة أو غير المناسبة التي يبدها الطفل مقارنة بأقرانه، وتتم علمية التقييم داخل الأسرة من خلال الاستفتاءات أو الاختبارات أو المقابلات ، وغالباً ما يقوم الآباء بهذا التقدير.

– **المعلمون** : تمثل المدرسية البيئة الثانية التي تلي أسرة الطفل ، ويقوم الطفل أثناء تواجده داخل المدرسة بالعديد من الأنشطة والتفاعلات سواء مع زملائه وأقرانه أو مع معلميه ، ويبدى الطفل الفوضوي داخل المدرسة العديد من السلوكيات الشاذة والغريبة والتي لا يقوم بها أقرانه ، ويكون المعلم هنا أكثر قدرة على تقييم سلوك الطفل فى ضوء سلوك أقرانه ، وتتم هذه العملية من خلال الاستفتاءات والمقابلات مع المعلمين. وأكد (Veiga, 2008 ,210) أن تقييم ذوى السلوك الفوضوي كان يتم من خلال معلميهم فى المدرسة.

– **الأقران** : يمثل الأقران مثيرات تدفع الطفل إلى التفاعل عن طريق اللعب أو عن طريق الأنشطة المختلفة التي يقوم بها الزملاء أو الأقران مع بعضهم البعض مثل : الذهاب إلى المدرسة ، أو الرحلات ، أو الزيارات العائلية ، التفاعل مع أبناء الجيران ، ويصدر الطفل في هذه المواقف العديد من السلوكيات فيقترب الأطفال من بعضهم البعض من خلال مهارات التواصل والتعاون والمشاركة واللعب ، فينسجم الأطفال الأسوياء في علاقات حميمة ، ويبتعد الأطفال عن الطفل الذي يبدى سلوكاً غريباً ، لا يتوافق مع أقرانه ، وأكدت الدراسات أن الأطفال ذوى السلوك الفوضوي مندفعون ، متسرعون ، لا يتبعون القواعد أو التعليمات ، ولا يلتزمون بقواعد اللعب مع أقرانهم ، لذلك كله ينبغي أخذ رأى

الأقران والزملاء في الاعتبار عند تقييم سلوك زميلهم الفوضوي لتأثرهم بسلوكه الفوضوي ، ويتم ذلك من خلال الاستفتاءات والمقابلات.

- **الأطباء** : يعتبر الفحص الطبي من التقييمات المهمة لارتباط اضطراب السلوك الفوضوي بنواحي طبية.

ويتعاون الفريق السابق في تقديم صورة إكلينيكية متكاملة عن الطفل الذي يعانى من اضطرابات السلوك الفوضوي ، وتشمل هذه الصورة معلومات يمكن الحصول عليها من خلال الاختبارات الآتية :

- اختبارات معيارية عن الأداء المعرفي للطفل.
- استفتاءات ذاتية.
- مقابلات رسمية.
- اختبارات اليقظة والانتباه مصممة على الكمبيوتر.
- اختبارات طبية تشمل اختبارات الرؤية والسمع.

وأمكن لنا حصر بعض أعراض السلوك الفوضوي التي يقوم عليها التشخيص الدقيق في البيئة المنزلية والمدرسية معاً ، وذلك بعد الإطلاع على ما أمكن من الأدوات الخاصة بتشخيص السلوك الفوضوي وبعد الإطلاع على نتائج البحوث والدراسات المرتبطة ، واعتماداً على معايير المنظمات العالمية بعد مراجعتها في ضوء خصائص البيئة العربية ، ويتمثل السلوك الفوضوي في الأبعاد والأعراض الآتية :-

النشاط الزائد:

- يترك مقعده بدون سبب.
- يتململ في جلوسه.
- يعبث في الأشياء الموجود حوله.
- يتسلق فوق الأشياء أو يدخل تحتها.
- يتنقل من مكان لآخر بدون سبب.
- يتخبط في الأشياء من حوله .
- يقفز من الأماكن العالية التي لا تناسبه .

الاندفاعية :

- يقاطع أحاديث الآخرين.
- يتسرع في الإجابة قبل اكتمال الأسئلة .
- يتنقل من نشاط إلى آخر قبل الانتهاء من الأول .
- يرفض انتظار دوره .
- يفعل بعض الأشياء بتهور .
- يثير أسئلة غير مناسبة للموقف .
- يتطفل على الآخرين .

نقص الانتباه :

- ينسى ما تعلمه بسرعة .
- يحكى وقائع غير مكتملة .
- يفشل في فهم التعليمات .
- يتشتت عند أداء بعض المهام .
- ينسى أشياءه خارج المنزل (كتب – أقلام– ملابس .....).
- يسرح عندما يوجه إليه الحديث .
- يفشل في تنظيم أدواته .
- يتجنب المهام التي تتطلب نشاط عقلي.

العناد المتحدى:

- يرفض الاستماع إلى نصائح الآخرين .
- يصعب عليه المحافظة على النظام .
- يرفض تنفيذ الأعمال المطلوبة منه .
- يكرر أخطاءه .
- يخالف زملاءه وإخوته .
- يجادل الكبار كثيرا .
- يضايق الآخرين عن عمد .
- يغضب بسرعة أو يفقد أعصابه.

- يضايقه ما يوجه إليه من نقد .

اضطراب المسلك :

- يشخبط على الجدران والأثاث .
- يرمى المخالفات في أماكن غير مناسبة.
- يميل إلى الكذب في حديثه .
- يفتش في أشياء الآخرين .
- يبصق على الأرض في وجود الآخرين .
- يتكرع في وجود الآخرين .
- يميل إلى الشجار .
- يكذب للحصول على الأشياء .
- يخطف الأشياء من الآخرين .
- يتأخر خارج المنزل.
- يهرب أحيانا .

الضوضاء:

- ينقر على الأشياء من حوله .
- يصفق بدون سبب .
- يخرج أصوات غير مفهومه .
- يضحك بصوت مزعج .
- يصيح أو يصرخ في الآخرين.
- يردد ما يقوله الآخرون بسخرية .

اللامبالاة :

- يتجاهل مشاعر الآخرين.
- يهمل أداء واجبه .
- يتهرب من المدرسة .
- يسيطر عليه الخمول والكسل.
- يخلط بين الصواب والخطأ .

- يهمل نظافته الشخصية .

أدوات تشخيص اضطرابات السلوك الفوضوي:

الملاحظة:

يعرّف حامد زهران (٢٠٠٥ ب ، ١٨٦) الملاحظة بأنها : ملاحظة الوضع الحالي للعميل في قطاع محدد من قطاعات سلوكية ، وتسجيل لموقف من مواقف سلوكه. وتشمل ملاحظة السلوك في مواقف الحياة اليومية الطبيعية ، ومواقف التفاعل الاجتماعي بكافة أنواعها في اللعب والعمل والراحة والرحلات والحفلات وفى مواقف الإحباط والمسئولية الاجتماعية والقيادة والتبعية والمناسبات الاجتماعية بحيث يتضمن ذلك عينات سلوكية لها مغزى فى حياة العميل.

وتعرف بأنها : أداة عملية منظمة لدراسة سلوك المسترشد في المواقف التي يصعب علي المرشد استخدام وسائل جمع معلومات أخري وذلك بهدف مقارنة هذا السلوك مع سلوكياته في مواقف أخرى أو مع سلوك أشخاص آخرين خلال فترة زمنية معينة بشرط أن يتم ذلك بدقة علمية وتسجيل ما يتم ملاحظته ، وتحليل ما يتم الوصول إليه من معلومات ، وتفسير ما تم ملاحظته، ويمكن للمرشد أن يقوم بالملاحظة في مواقف الحياة اليومية الطبيعية أو في مواقف التفاعل الاجتماعي ، ولابد أن تتصف الملاحظة بالموضوعية والصدق والوضوح.

وتعرف الملاحظة في المجال الإكلينيكي بأنها : أداة من أدوات البحث والتشخيص ، عن طريقها يتم جمع بيانات عن حالة الظاهرة سواء ما يتصل منها بسلوك الأفراد الصادر عن تصرفاتهم عن التعرض لبعض المواقف الطبيعية، أو المصطنعة التي يمكن مشاهدتها (خير الدين عويس ، ١٩٩٧ ، ٦٣).

ويشير كل من حامد زهران (٢٠٠٥ ب ، ١٨٧) ، سعيد حسنى (٢٠٠١، ١٥٦) إلى أن الملاحظة تهدف إلى :

- تسجيل الحقائق التي تثبت أو تنفى فروضا خاصة بسلوك العميل.
- تسجيل التغيرات التي تحدث في سلوك العميل نتيجة النمو.
- تحديد العوامل التي تحرك العميل سلوكيا في مواقف وخبرات معينة.

- دراسة التفاعل الاجتماعي للعميل في مواقفه الطبيعية وتفسير السلوك الملاحظ.

- إصدار توصيات بشأن السلوك الملاحظ.

وتعتبر الملاحظة المباشرة داخل الفصل الدراسي من الأساليب المفيدة في جمع المعلومات التشخيصية عن مشكلات الأطفال السلوكية ، وتكمن أهمية المعلومات التي تجمع بهذه الطريقة في أن سلوك الفرد دائما التغير والتبديل ، ويتأثر بعوامل ومتغيرات كثيرة ؛ فعلى سبيل المثال الطفل الذي يفضل معلماً ما داخل الفصل ، فإننا نجد لديه دافعية وحباً للتعاون مع هذا المعلم ، وعلي العكس من ذلك ، الطفل نفسه مع معلم أخر نجد أن سلوكه لا يتصف بالتعاون (خوله يحيى ، ٢٠٠٠ ، ١١٢).

ويرى الباحثون أن الملاحظة أسلوب فعال في عملية تشخيص اضطرابات السلوك الفوضوي إذا ما أحسن استخدامها (Abikoff, 2002).

ويصنف كل من محمد أحمد (٢٠٠٨ ، ٢٥٦ – ٢٥٦) وحامد زهران (٢٠٠٥ ب ، ١٨٧) الملاحظة إلى عدة أنواع هي :

- **الملاحظة المباشرة** : يكون المرشد والمسترشد وجها لوجه يتم فيها ملاحظة سلوك معين في الموقف الطبيعية مثل ملاحظة سلوك الطالب أثناء اللعب.

- **الملاحظة غير المباشرة** : يلاحظ المرشد المسترشد دون أن يدرك أنه في موضع ملاحظة.

- **الملاحظة بالمشاركة** : تتم من خلال اندماج المرشد بشكل فعلي في الموقف أو الأنشطة التي يريد ملاحظتها ، وتمتاز بأنها تسمح للملاحظ بالاحتكاك المباشر بالمسترشد دون أن يشعر أنه في موضع ملاحظة.

- **الملاحظة الداخلية** : هي ملاحظة الشخص نفسه لنفسه ، فيلاحظ مشاعره وأحاسيسه ورغباته ، ويوصفها بعبارات محددة.

- **الملاحظة الخارجية** : يقوم المرشد بملاحظة الجوانب السلوكية وفقا لخطة موضوعة ولها أهداف محددة ويقوم بإجرائها شخص مدرب.

- الملاحظة العابرة : تتم بالصدفة دون أن يكون لها تخطيط مسبق ودون

أن يكون لها أهداف ونتائجها غير دقيقة.

– **الملاحظة الدورية** : تتم في فترات زمنية محددة ، في نفس الموعد من كل أسبوع أو كل شهر.

– **الملاحظة المقيدة** : تكون مقيدة بموضوع أو سلوك محدد ، بحيث تقتصر على ملاحظة ما يمكن ملاحظته.

ويشير كل من فاروق عبد السلام (١٩٩٧، ٧٢) ، سعيد حسنى العزة (٢٠٠١ ، ١٥٨) إلى أن الملاحظة تتطلب مجموعة الخطوات أو الإجراءات اللازمة لتنفيذها على الوجه الأمثل وهى :

– **الإعداد** : يتضمن التخطيط المحكم للملاحظة ، والتحديد المسبق للسلوك المراد ملاحظته وهدف الملاحظة وتجهيز الأدوات اللازمة لتسجيل الملاحظة.

– **الزمان** : يحدد الزمان الذي يتم فيه إجراء الملاحظة.

– **المكان** : تتم الملاحظة المنظمة في غرف خاصة مجهزة بالأجهزة والمعدات والأدوات والأثاث اللازم ، وعادة تتم في غرف على شكل قباب تمكن من متابعة وملاحظة السلوك من أعلى ومن كل الجوانب ، وتستخدم غرف بها حجاب الرؤية من جانب واحد حيث يري الملاحظون العملاء دون أن يراهم العملاء.

– **إعداد دليل الملاحظة** : يفيد دليل الملاحظة فى تحديد عينات السلوك التي تلاحظ.

– **اختيار عينات سلوكية ممثلة للملاحظة** : يجب اختيار عينات متنوعة ومتعددة وشاملة ، وممثلة لأكبر عدد من مواقف الحياة المختلفة فى أوقات مختلفة ومناسبات مختلفة ومواقف فردية واجتماعية ، بحيث تعطى صورة متكاملة وواضحة لسلوك العميل.

– **عملية الملاحظة** : تجرى عملية الملاحظة بحيث يتم ملاحظة عميل واحد في الوقت الواحد ، وفى حالة ملاحظة سلوك الجماعة يحسن استخدام الأفلام والشرائط التسجيلية ويحسن تعدد الملاحظين ضماناً للموضوعية والدقة.

– **التسجيل** : يجب أن تسجل الملاحظة لكن يفضل التعود على الملاحظة بدون الحاجة إلى الكتابة أثنائها ، والتعود على تذكر السلوك المهم ثم الإسراع

بتسجيل وتلخيص الملاحظة بعد إتمامها مباشرة.

- **التفسير**: يتم تفسير السلوك الملاحظ في ضوء الخلفية الثقافية والتربوية والاجتماعية والاقتصادية للعميل.

ونظرا لأهمية الملاحظة ، واستخدمها بكثرة في إصدار الأحكام ، وتقييم السلوك ، فقد طور العلماء وسائل مقننة لتسهيل عملية الملاحظة وإجرائها بشكل مناسب ، **حيث يمكن الباحث استخدام أداة أو أكثر من أدوات القياس الخاصة بجمع البيانات والمعلومات بالملاحظة ومن أهم هذه الأدوات :**

- **قوائم الشطب** : هذه القائمة عبارة عن قائمة مكونة من فقرات ذات صلة بالسمة أو الخاصية المقاسة ، وكل فقرة تتضمن سلوكا بسيطا يخضع لتقدير ثنائي مثل (نعم - لا) أو (أوافق - لا أوافق).

- **سلالم التقدير** : تختلف سلالم التقدير عن قوائم الشطب ، فتحتاج إلى حكم أدق لأن كل فقرة تخضع لتدريج من عدة فئات أو مستويات يمثل أحد طرفية انعدام وجود الصفة التي نقدرها كما يمثل الطرف الأخر تمام أو كمال وجودها ، وما بين الطرفين يمثل درجات متفاوتة من وجودها كلما اتجهنا من الطرف الصفري إلى طرف التمام والكمال ، وتنقسم إلى أنواع منها : سلم التقدير العددي ، سلم التقدير العددي الوصفي ، السلم البياني اللفظي ، السلم البياني الوصفي ، السلم البياني الوصفي العددي.

- **السجلات واليوميات** : تمثل السجلات واليوميات في كثير من الحالات مصادر جاهزة للمعلومات ، ويقوم الباحث بالتعرف على المعلومات من السجلات اليومية عن الحالة ، وإعادة تبوبها بالشكل الذي يخدم الحالة التي يدرسها ، أو يخدم أغراض بحثه.

- **مقاييس العلاقات الاجتماعية السوسيومترية** : تستخدم هذه المقاييس في تقييم العلاقات الاجتماعية بين الأفراد من خلال ملاحظة سلوك الفرد في تعامله مع الأفراد فى نشاطات معينة.

- **جداول الملاحظة** : تستخدم هذه الجداول لرصد أنماط السلوك التي يصدرها الفرد ، وتكون مجالا للملاحظة من قبل الباحث ، وتستخدم هذه

الطريقة في حالات ملاحظة السلوك الصفي ، واستخدام برامج تعديل أنماط السلوك المنحرف لدى الأطفال (سامي محمد ، ٢٠٠٦ ، ٢٨٨ - ٢٩٥).

- **الآلات الالكترونية والميكانيكية** : والتي يمكن من خلالها أن نحصل على تسجيل دقيق وتفاصيل واقعية يمكن مراجعتها والتأكد من الأنماط والاستجابات التي تمت في فترة سابقة ، وهي وصف موثوق فيه سواء بالصوت أو الصوت والصورة فهي أقرب ما تكون من المشاهدات الحية للحالة التي تسجل على كاميرات الفيديو والفوتوغرافية (أحمد عبد اللطيف ، أحمد نايل ، ٢٠٠٩ ، ٤٦).

المقابلة:

تعرف المقابلة بأنها : استبيان شفوي يتم فيه التبادل اللفظي بين القائم بالمقابلة وبين فرد أو عدة أفراد للحصول على معلومات ترتبط بآراء أو اتجاهات أو مشاعر أو دوافع أو سلوك (عبد الواحد حميد ، ٢٠٠٧ ، ٢٣٩).

والمقابلة هي : علاقة ديناميكية وتبادل لفظي بين شخصين أو أكثر ، هما الأخصائي في الإرشاد النفسي أو التشخيص النفسي والأشخاص طالبي المساعدة ، وبناء علاقة ايجابية بهدف الفحص والتصنيف وتحديد المشكلة ، والحصول على مؤشرات ، أو دلالات للسلوك المشكل (أحمد عبد اللطيف ، أحمد نايل ، ٢٠٠٩ ، ٥٩).

وتهدف المقابلة إلي تحقيق ما يلي :

- إقامة علاقة مهنية بين المرشد والعميل ، يعمل المرشد من خلالها علي تقديم المساعدة للمسترشد الذي يبحث عن المساعدة .
- جمع البيانات والمعلومات عن العميل ، وتفسيرها وتوظيفها في تشخيص مشكلته.
- مساعدة العميل في الكشف عن الحلول الممكنة لمشكلته .
- مساعدة العميل في التعبير عن نفسه وعن مشكلته للمرشد (هادى مشعان ، ٢٠٠٥ ، ١٥٤- ١٥٥).
- العمل على توجيه المسترشد ليفهم ذاته وإمكانياته وقدراته لاتخاذ القرارات المناسبة .

- مساعدة المسترشد على التكيف مع نفسه وبيئته (عبد الواحد حميد ، ٢٠٠٧ ، ٢٤٢).

وتبرز أهمية المقابلة في جوانبها التشخيصية والإرشادية والعلاجية وذلك من خلال :

- أنها عملية تتيح الفرص للمفحوص للتعبير الحر عن الآراء والأفكار والمعلومات.

- تتحول من أداة اتصال ووسيلة التقاء إلى تجربة عملية خاصة في ميدان الإرشاد النفسي.

- مصدر كبير للحصول على البيانات والمعلومات فضلا عن كونها أداة تبصير وتوعية وتفاعل ديناميكي (أحمد عبد اللطيف ، أحمد نايل ، ٢٠٠٩ ، ٥٩).

ويصنف كل من حامد زهران (٢٠٠٥ ب ، ١٧٩ -١٨٠) ، وعبد الرحمن العيسوي (١٩٩٨) المقابلة إلى الأنواع الآتية :

- **المقابلة المبدئية** : هي أول مقابلة مع العميل ، ويتم فيها التمهيد للمقابلات التالية ، ويتم تحديد إمكانات المرشد وما يتوقعه المرشد والعميل والتعريف بالخدمات الإرشادية.

- **المقابلة القصيرة** : هي المقابلة التي تستغرق مدة قصيرة عندما تكون المشكلة طارئة وسهلة وواضحة ، وقد تكون كافية في حالات المشكلات التي يستطيع العميل بنفسه أن يحلها، ويسودها الأسلوب المباشر والإيحاء والإلزام والضغط والسطحية وعدم التعمق المطلوب.

- **المقابلة الفردية** : وهى التي تتم بين المرشد وبين عميل واحد فقط.

- **المقابلة الجماعية** : تتم مع جماعة من العملاء.

- **المقابلة المقيدة** : هي التي تكون مقيدة بأسئلة معينة ، ومحددة سلفاً ، يجيب عنها العميل ، وموضوعات محددة مسبقاً يتحدث فيها ، وتعليمات محددة، لكن عيوبها الجمود ونقص المرونة.

- **المقابلة المطلقة** : وهى غير مقيدة بأسئلة ، ولا موضوعات ، ولا تعليمات

محددة بل حرة ومرنة ، حيث تترك للعميل تتداعى أفكاره ، ومن مزاياها أنها تسير بطريقة تلقائية إلا أنها تتطلب خبرة وتدريبا طويلا.

ويتطلب نجاح المقابلة إتباع الخطوات التالية :

– **الإعداد** : أو التخطيط المسبق المرن ، ويتضمن إعداد الخطوط العريضة، والمحاور الرئيسية التي تدور حولها المقابلة وموضوعات المناقشة.

– **الزمان** : يجب أن يكون الزمان كافي لإجراء المقابلة ، ويختلف الزمن حسب حالة العميل ، ومشكلته ويتراوح الزمن بين نصف ساعة وساعة.

– **المكان** : يجب أن يكون مكان المقابلة غرفة خاصة هادئة خالية من الضوضاء والتدخل ، ويفضل أن يألف العميل المكان مما يساعده على الراحة والطمأنينة.

– **البدء** : تبدأ المقابلة عادة بترحيب وحديث عام حتى لا تكون البداية حادة فى الموضوع مباشرة ، والأسلوب الشائع لدى معظم المرشدين هو التحية والترحيب ، وتشجيع العميل على الكلام وطمأنته على السرية.

– **تكوين الألفة** : تكوين الألفة والتجاوب وصلة الوئام نقطة مهمة فى إجراء المقابلة.

– **الملاحظة** : ملاحظة سلوك العميل وكلامه وحركاته وتعبيرات وجهه.

– **الإصغاء** : يجب أن يكون إصغاء المرشد أكثر من كلامه ، ويشترط حسن الإصغاء ، والاهتمام بالعميل حتى يمكن تشجيعه على التنفيس والتطهير الانفعالي.

– **التقبل** : تقبل العميل لما يقوله بكل تسامح وحرية ، فالمرشد يتقبل العميل كإنسان ليس معصوماً من الخطأ.

– **التوضيح** : ربط الأفكار وتوضيحها مما يساعد على التركيز حول الموضوع الرئيسي للمقابلة.

– **التساؤل** : إعداد وتوجيه الأسئلة أثناء المقابلة مهارة مهمة ، لذلك لابد من اختيار الأسئلة المناسبة ، والاعتدال والتوسط فى عدد الأسئلة.

– **الكلام** : يقصد به كلام المرشد وتعليقاته ، فيجب أن يكون التعبير

بأسلوب يفهمه العميل ، وتشجيعه على الكلام بكافة الوسائل.

- **التسجيل** : يؤكد على ضرورة التسجيل والكتابة للرجوع إلى ما يسجل وتحليله والإفادة منه فيما بعد.

- **إنهاء المقابلة** : تنهى المقابلة عند تحقيق أهدافها ، ويجب أن يكون إنهاء المقابلة متدرجاً وليس مفاجئاً حتى لا يشعر العميل بالإحباط والرفض (حامد زهران ، ٢٠٠٥ ب ، ١٨٢- ١٨٥).

وتستخدم المقابلات التشخيصية المنظمة بفاعلية مع ذوى اضطراب السلوك الفوضوي ، وتركز المقابلات عادة على تاريخ العائلة ومقدمي الرعاية وممارسات التربية المستخدمة في تربية الأطفال عن طريق إجراء مقابلات مع الأطفال والآباء والمعلمين وذلك لمعرفة مسار نمو الطفل ، وأيضا مراجعة السجلات المدرسية لمعرفة سلوكيات المعارضة والعدوان التي ظهرت على الطفل والتي تكون غير مناسبة لنمو الطفل(Christophersen & Mortweet 2001).

ويستخدم أسلوب المقابلة مع الطفل أو والديه أو معلميه بشكل فعال فى تشخيص اضطراب السلوك الفوضوي على أن يقوم بالمقابلة متخصص متدرب على مستوى عال لاستخدام هذا الأسلوب .(Kutcher,etal2004,15)

السجلات المدرسية المجمعة:

تعرف السجلات المدرسية المجمعة بأنها : سجل تراكمي تتبعي لجميع مكونات شخصية الفرد الجسمية والعقلية المعرفية والنفسية والاجتماعية ، ويعتمد عليها بدرجة كبيرة عند مناقشة بعض المشكلات العامة ، أو الحالات الفردية الخاصة ، فهو متاح ومنظم للاستخدام المباشر السريع عند الحاجة إليه، وأحيانا يطلق عليه البطاقة المدرسية (يوسف القاضي ، ١٩٨١).

وهى مجموعة من السجلات الموجودة داخل المدارس تحتوي علي معلومات عن كل طالب علي حدة توضح فيها المعلومات الأساسية كالاسم والسن وعنوان المنزل ومهنة الوالدين بالإضافة إلي معلومات عن تاريخه المرضي، ومستواه التحصيلي ومدى تقدمه أو تأخره في المجال الدراسي وهواياته وميوله ، وهذه السجلات تستخدم عندما يحتاج أخصائي التشخيص وسيلة من وسائل جمع

المعلومات طوال حياته الدراسية وجوانب حول شخصية الطالب الصحية والتحصيلية والسلوكية والاجتماعية والنفسية . ويشترك في إعداد هذه السجلات كل من أولياء الأمور ، والأخصائي النفسي والأخصائي الاجتماعي والطبيب والمعلمين ومسئول الغياب ومعلمي الأنشطة والطالب (أحمد أبوزيد ، ٢٠١١ ،٥٥-٥٦).

أنواع السجلات المجمعة :

يقسم حامد عبد السلام زهران (٢٠٠٥ ب ، ٢٤٤) السجلات المجمعة إلى نوعين هما :

- **السجل المجمع ذو الصفحة الواحدة** : يكون عادة بسيطاً يتضمن فقط المعلومات الأساسية الخاصة للعميل.
- **السجل المجمع متعدد الصفحات** : قد يصل إلى حجم الكتيب الصغير ويتضمن معلومات مفصله عن العميل.

عوامل نجاح السجل :

- **الشمولية** : أن يكون شامل لجوانب الشخصية للفرد.
- **الاستمرارية** : لكل مرحلة سجل خاص يتضمن ملخص ونقاط الأهمية في سجل المرحلة السابقة بحيث تكون المعلومات مستمرة ومرتبة.
- **التوحد والمعيارية** : توحد السجل وتعليماته ومصطلحاته الإجرائية في جميع المدارس وأن تكون معايير الجماعة والعمر والثقافة والجنس والصف هي أساس الحكم أو المقارنة.
- **الانتظام والانتقاء** : عن طريق تبويب السجل وتنظيمه بحيث يضمن عدم اختلاط المعلومات وانتقاء وتسجيل المعلومات التي لها خصائص هامة
- **التدريب** : يعنى المهارة والخبرة في استخدام المرشد للسجل تسجيلا وتحليلا وتفسيرا ، وكيفية تقديم الخدمات التوجيهية والإرشادية.
- **السرية** : بحيث تكون السجلات بعيدا عن غير المتخصصين (حمدي شاكر ، ٢٠٠٤).
- **الحفظ** : يجب حفظ السجلات في مكان آمن ويكون هناك أخصائي

مسئول عنها مما يسهل الرجوع إليها (حامد زهران ، ٢٠٠٥ ب ، ٢٤٥).

محتويات السجل المجمع:

يحتوى السجل المجمع على معلومات هامة عن الطالب وأهمها ما يلي :

- البيانات الشخصية عن الطالب.
- بيانات عن المنزل والبيئة المحلية.
- بيانات عن الصحة والنمو الجسمي.
- بيانات عن التاريخ المدرسي.
- بيانات عن القدرات العقلية للطالب.
- بيانات عن الاستعدادات.
- بيانات عن الميول والهوايات.
- بيانات عن التحصيل الدراسي.
- بيانات عن الشخصية.
- بيانات عن النشاط خارج المدرسة.
- بيانات عن خطط المستقبل (فاروق عبد السلام ، ١٩٩٧، ١١١).

مزايا السجلات المجمعة :

- يصاحب الفرد فى نموه وفى تنقله من مرحلة نمو إلى مرحلة أخرى ومن مدرسة إلى مدرسة أخرى ومن المدرسة إلى العمل ومن بلد إلى أخرى أي أنه مصدر أساسي للمعلومات عن الفرد في أي مكان يذهب إليه.
- يعتبر أهم وسائل جمع المعلومات.
- يعتبر نموذجا طيباً لتعاون جميع أعضاء فريق الإرشاد النفسي.
- يعتبر مرجعاً شخصياً للعميل يزيد معرفته بنفسه وبتطور نموه في ماضيه وحاضره ونواحي قوته وضعفه ويساعده فى تخطيط مستقبله.
- يوفر الجهد والوقت في حالة توافر معلومات مسجلة فيه.
- يضم كل المعلومات التي تجمع بواسطة كافة الوسائل الأخرى مما يعطى صورة كاملة عن العميل على مدى زمني طويل (حامد زهران ، ٢٠٠٥ ب، ٢٤٦- ٢٤٧).

– تساعد على الكشف عن الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال وتخفيف حدتها.

– تساعد في التعرف على الطلاب الذين يتميزون بقدرات ومهارات واستعدادات خاصة (أحمد أبوزيد ، ٢٠١١ ، ٥٦).

عيوب السجل المجمع:

– قد يساء فهم أو تفسير بعض المعلومات التي يتضمنها السجل المجمع وخاصة القديم منها والذي وضعه غير الأخصائي الذي يستخدمه حديثاً.

– قد يستغنى بالسجل المجمع عن غيره من الوسائل الأخرى مما يحرم المرشد من وسائل ضرورية وأساسية في دراسة الحالة أو عملية الإرشاد (حامد زهران ، ٢٠٠٥ ب ، ٢٤٧).

– تداخل وسائل جمع البيانات كما في تاريخ الحالة والسجل المجمع وغيرها مما يؤدى إلى أرباك المرشدين.

– نظراً لمرافقة السجل للمسترشد في جميع مراحل التعليم يجعله عرضه لتعدد المرشدين مما قد يؤدى إلى فهم خاطئ لبعض المعلومات (حمدي شاكر ، ٢٠٠٤ ، ٨٠). (Veiga, 2008,210)

وأكد(Veiga, 2008,210) على أن السجلات المدرسية من الوثائق الهامة لتقييم الأطفال ذوى السلوك الفوضوي فى المدرسة.

الاختبارات والمقاييس:

يعرف الاختبار النفسي بأنه أداة عملية تتكون من مجموعة من المواقف المقننة وفق معايير مناسبة للبيئة التي يطبق فيها الاختبار وذلك بهدف قياس جوانب محددة في شخصية المسترشد بصورة أقرب إلي الموضوعية. ويعرف الاختبار النفسي بأنه إجراء منظم لقياس سمة ما من خلال عينة من السلوك.

وتستخدم الاختبارات والمقياس النفسية فى المجال الإكلينيكي لتحقيق عدة أغراض مثل :

– تحديد مستوى قاعدي من المعلومات عن الفرد ، ويتجه هذا المطلب إلى التعرف على وضع الفرد في فترة مبكرة ، وتكون المعلومات بهذا الوضع ذات

فائدة في المقارنات التي تجرى بعد انتهاء علاج معين.

- تقييم حالة المريض بعد العلاج لتحديد ما إذا كان قد تحسن أم لا ، وهو التقييم الذي يتم في ضوء المعلومات السابقة عنه.

- تخطيط وتوجيه التدخل العلاجي ، وهو الهدف الأساسي من الفحص الإكلينيكي ، ويتم هذا التخطيط عادة قبل بدء العلاج.

- تشخيص مشكلات المريض ، وقد يكون الفحص التشخيصي ضروريا لأهداف عملية أو لاستيفاء سجلات الفرد ، أو لتحديد وتصنيف أعراض غير واضحة أو متداخلة.

- التنبؤ بسلوك الفرد في المستقبل لتحديد احتمالات تعرضه لبعض المخاطر ، مثل : مخاطر الانتحار ، أو التعرف على السمات الشخصية للمريض فى صلتها بالظروف النفسية الاجتماعية ، مما يؤدى إلى أساس تنبؤي جيد للتوافق في المستقبل (صفوت فرج ، ١٩٨٠ ، ٢٦٦).

وقدمت رابطة الأخصائيين النفسية المصرية (رانم)٣ ضمن ميثاقها الأخلاقي للمشتغلين بعلم النفس شروطاً لاستخدام الاختبارات والمقياس ، كما هو موضح على النحو التالي :

- يتعين أن يكون التدريب على استخدام الاختبارات والمقاييس تحت إشراف متخصص قبل استخدامها سواء لأغراض بحثية أو إكلينيكية .

- لا يجوز استخدام اختبار تحت التجربة أو لا يتوفر له دليل تفصيلي يتضمن كافة المعلومات المنهجية والإجرائية الخاصة بتصميمه ومواصفاته واستخداماته وتفسر دلالاته العلمية .

- يتعين استخدام الاختبارات والمقاييس سواء لأغراض البحث أو الأغراض المهنية فى مواقف مقننة ومضبوطة بصورة تحمى مصداقية البيانات التي تستخلص منها .

- يجب الحصول على موافقة المفحوص أو العميل قبل إجراء الاختبار سواء للأهداف المهنية أو الإكلينيكية أو البحثية، وفى كل الحالات يجب أن يكون المفحوص أو العميل متطوعاً لتطبيق الاختبارات عليه ولا يجوز إرغامه تحت أي

ظروف أو من خلال أي ضغط لكي يكون موضوعا للاختبار .

– يجب الحصول على موافقة ولى الأمر أو الوصي فى حالة تطبيق اختبارات على الأطفال أو ناقصي الأهلية .

– شرط الحصول على موافقة المفحوص أو العميل لتطبيق الاختبار عليه أساسي حتى ولو كان إخضاعه للاختبار بناء على قرار سلطة أخرى سواء إدارية أو قانونية أو قضائية .

– يحق للمشاركين في مواقف الاختبار التطوعية الحصول على فكرة عامة عن أهداف القياس بحيث لا يخل ذلك بصدق الإجابة أو كفاءة استخدامها وذلك قبل بدء التطبيق ، ومن حق كل متطوع على حده معرفة نتائج اختباره ودلالاتها في حدود عدم الإضرار بصحة المفحوص النفسية أو تقديره لذاته ، كما يتحمل الفاحص مسئولية تصحيح أو علاج أية أضرار تلحق بالمفحوص نتيجة تطبيق الاختبار .

– لا يجوز الضغط على مفحوص يرغب في الانسحاب من موقف الاختبار في أي لحظة دون إكمال الاختبار ، ولا يجوز ممارسة أي نوع من أنواع الضغوط عليه أو تعريضه لعقاب مباشر أو غير مباشر مادي أو أدبي . وعلى الباحث أن يوثق في تقريره عدد المنسحبين من موقف التطبيق مع الإشارة – أن أمكن – لسبب الانسحاب ، لما لذلك من دلالات مهمة في تفسير نتائج الاختبار .

– يجب على الفاحص كفالة السرية الكاملة للمفحوص لحفظ هويته ، وتطبيق كافة الأساليب التي تحمى خصوصيته قبل تطبيق الاختبار .

– يحظر إطلاع غير المتخصصين على المعلومات أو النتائج التفصيلية الخاصة بمفحوص معين الناتجة عن اختباره لأي سبب من الأسباب ، وحتى فى هذه الحالة يجب أن يكون هناك مبرر علمي أو مهني قوى لمشاركة المعلومات مع زميل أخر متخصص .

ووضع المختصون بعض الشروط التي يمكن أن تصف الاختبار الجيد، والتي يجب التحقق منها في الاختبارات والمقاييس المستخدمة في تقييم وتشخيص اضطرابات السلوك الفوضوي وهي :

- **الصدق** : الاختبار الصادق هو الاختبار الذي يقيس السمة أو الخاصية التي أعد لقياسها وعدم تأثره بالمتغيرات الأخرى ، فاختبار الذكاء يكون صادق إذا ميز بين الأفراد الذين يختلفون في الذكاء واختبار الشخصية صادق إذا كانت العلامات التي يحصل عليها الأفراد تعكس فروقاً في شخصياتهم.

- **الثبات** : يعنى مدى الاتساق بين البيانات التي تجمع عن طريق إعادة تطبيق نفس الاختبار على نفس الأفراد وتحت نفس الظروف ، وللثبات عدة معاني منها : الثبات يعنى الاستقرار : مهاما كررت عملية القياس يحصل الفرد على نفس الدرجة. والثبات يعنى الموضوعية : يحصل الفرد على نفس الدرجة حتى إذا اختلف القائم على تطبيق الاختبار.

- **الموضوعية** : تعنى النزاهة أو التجرد من تحيز الذات نحو موضوع ما، والتخلص من الذاتية فى تفسير وتصحيح الاختبار (مصطفى القمش وآخرون، ٢٠٠٨ ، ١٠٩ - ١١٨) ، أي أن يكون هناك معنى وتفسير موحد لوحدات الاختبار وأسئلته يؤدى إلى فهم المقصود منها.

- **التقنين** : يعنى إعداد معايير للاختبار حتى تتحول الدرجات الخام إلى درجات معيارية .

- **الفروق الفردية** : يجب أن يكون الاختبار فارقاً ؛ أي مظهراً للفروق الفردية ومميزاً لكل من الذين يكونون أعلى واقل من العاديين وهذا يتطلب تنوع الأسئلة بين السهولة والصعوبة حتى تظهر الفروق الفردية بين الأفراد

- **سهولة الاستخدام** : يقصد به سهولة الإجراء والتصحيح وتفسير النتائج ، ويتطلب ذلك أن يكون للاختبار كراسة تعليمات يحدد فيها طريقة الإجراء ومفتاح التصحيح ومعايير الاختبار.

- **تعدد الاختبارات** : يجب الاعتماد على أكثر من اختبار لأن الاعتماد على اختبار واحد يكون مضلل.

- **الاعتدال فى الاختبارات** : يجب الاعتدال وعدم التمادي فى إجراء الاختبارات لأن كثرة الاختبارات تسبب مقاومة من جانب العميل (حامد زهران، ٢٠٠٥ - ب ، ٢٠٣).

اختبارات تشخيص اضطرابات السلوك الفوضوي :

حـاول في الآونة الأخيرة بعض الباحثين تطوير أدوات لتقييم سلوك الطلاب والكفـاءات الاجتماعية في المدرسة. وإن كانت هناك بعض الأدوات المرتبطة بالمناخ المدرسـي العام أو البيئـة الصفية ، والتي تحتـوي على بعض عناصر السلوك الفوضوي إلا أنه يوجد نقص في الأدوات الخاصة بتقييم اضطراب السـلوك المدرسي ، ومعظم الأدوات المتـاحة تقيس كفـاءات الطلاب فى العـلاقات الاجتماعية ، أو قياس المشكلات الاجتمـاعية والوجدانية (Veiga, 2008, 203-216).

ونعرض في هذه السطور بعض الاختبارات التي يمكن استخدامها في الكشف عن اضطرابات السلوك الفوضوي ، أو الكشف عن بعض أبعاد السلوك الفوضوي ، وهي :

قائمة كونرز لتقدير سلوك الطفل :

وضع هذه القائمة ث . كيز كونرز C. Keith Conners الصورة (أ) التي يستخدمها المعلم لتقدير سلوك الطفل داخل حجرة الدراسة وخارجها للتعرف على مظاهر الاضطراب لدى الطفل ، وتتكون القائمة من (٣٩) صفة لوصف السلوك فى مواقف متعددة موزعة في صورة مقياس متدرج من (صفر: ٣) موزعة على فئات فرعية هي:

- السلوك داخل حجرة الدراسة .
- المشاركة في نشاط الجماعة .
- الاتجاه نحو ذوى السلطة

وقد قام كونرز عام ١٩٩٦ بإجراء تحليل عاملي لاستجابات (١٠٣) تلميذا من تلاميذ المرحلة الابتدائية ، وقد حصل على العوامل الخمسة التالية :

- العدوانية Aggressively: وقد تبين أن هذا العامل مشبعا بمظاهر السلوك العدواني وغير المقبول اجتماعياً.
- عدم القدرة على الانتباه (اضطراب الانتباه) Inattention: يكون هذا العامل مشبعاً بمظاهر العجز في الانتباه ، مثل صعوبة الطفل على تركيز انتباهه

واستمراره أو الاحتفاظ به ، والتناسق الحركي الضعيف.

- **القلق والمخاوف Anxiety – Fearful** : تبين أن هذا العامل مشبعاً بمظاهر التوتر والخجل والخوف ، الحساسية المفرطة ، وأيضا الانسحاب والميل للعزلة.

- **النشاط الزائد hyperactivity** : يكون هذا العامل مشبعاً بالمظاهر السلوكية كالاستثارة والحركات الزائدة ، وعدم الاستقرار ، والسلوك المضرب انفعالياً.

- **الاجتماعية sociability** : تكون تشبعات هذا العامل جميعها سالبة ، وهذا يعنى أنه يعكس الصحة النفسية للطفل ، فيصف هذا العامل الطفل الذي يتمتع بصحة نفسية بأنه متعاون واجتماعي ، ويشارك في الأنشطة الجماعية، كما يكون لديه قدرة على قيادة جماعة من الأطفال داخل حجرة الدراسة وخارجها ، فهذا العامل له قدرة تمييزية بين الأطفال الأصحاء وغير الأصحاء.

وقد قام السيد السمادونى بتعريب تلك القائمة وحساب ثباتها وصدقها وقام بإجراء تحليل عاملي وتوصل إلى نفس العوامل السابقة (السيد السمادونى ،١٩٩٠) .

مقياس انتباه الأطفال وتوافقهم (Childern's Attention and adjustment Survey)

تعريب وتقنين / عبد الرقيب البحيري وعفاف عجلان ١٩٩٧.

وضع هذا المقياس فى الأصل نادين لامبرت وكارولين هارتز وجوناثان ساندوفال عام (١٩٩٠) لتقدير أنماط السلوك المرتبطة بالنشاط الزائد وهو ما يشار إليه حدثاً باسم / اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد ADHD ، ويتكون مقياس انتباه الأطفال وتوافقهم (CAAS) من صورتين :

- صورة المدرسة ويقوم بتطبيقها المعلم
- صورة المنزل ويقوم بتطبيقها الآباء .

وتتكون كل صورة من ٢٣ عبارة موزعة على المقاييس الفرعية التالية :

- نقص الانتباه Inattention

- التسرع Impulsivity
- اضطراب القصور فى الانتباه Attention Deficit Disorder
- النشاط المفرط Hyperactivity
- اضـطـراب نقص الانتباه مفرط الحركة Attention Deficit Hyperactivity Disorder
- مشكلات السلوك Conduct Disorder
- اضطراب نقص الانتباه مفرط الحركة ADHD والمشتق من معايير DSM III-R (عبد الرقيب البحيرى وعفاف عجلان ، ١٩٩٧).

مقياس اضطراب ضعف الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد:

قام بإعداد هذا المقياس السيد أحمد (١٩٩٩) بناء على معايير الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات العقلية DSM-IV الصادر عام ١٩٩٤ ، وكذلك من الدراسات العلمية الحديثة التي فحصت أعراض هذا الاضطراب لدي الأطفال ، ويتكون هذا المقياس من ١١٨ عبارة لقياس الاضطراب في البيئة المدرسية والمنزلية ، وتحتوي نسخة المدرسة من ٦٤ عبارة تصف السلوكيات التي تميز أعراض هذا الاضطراب في البيئة المدرسية ، والنسخة الثانية للبيئة المنزلية وتحتوى علي ٥٤ عبارة تصف السلوكيات التي تميز هذا الاضطراب في البيئة المنزلية ، وتتوزع العبارات علي الأبعاد الأساسية للاضطراب وهي :

- ضعف القدرة علي الانتباه.
- زيادة النشاط الحركي.
- الاندفاعية (السيد أحمد ، ١٩٩٩ ، ٦ - ٩).

مقياس السلوك الفوضوي

Disruptive Behavior Scale professed by students

تم إعداد هذا المقياس من قبل Veiga، F. H 2008. ، وتم تقنين المقياس على عينة تكونت من ٩١٥ طالب وطالبة من الذكور والإناث فى الصفوف من السابع وحتى التاسع تم اختيارهم من ٣٦ مدرسة من مدارس البرتغال ،

وتحقق الباحث من صدق وثبات المقياس عن طريق التحليل العاملي ومعامل ألفا كرونباخ ، وصدق البناء ، ويتكون المقياس من ١٦ عبارة ، وهو مقياس ذاتي يستجيب عليه الطلاب بأنفسهم ، وتتم الاستجابة عليه وفق مقياس متدرج سداسي ، فيبدأ من موافق بشدة إلى غير موافق بشدة ويتكون المقياس من العوامل الآتية :

- **العدوان المشتت(Distraction–transgression (DT**: و يشمل هذا العامل ٦ مفردات ، ويعطي إشارة خاصة للتشتت والنسيان ، والسخرية من الفصول والمدرسة ، والتغيب عن المدرسة ، عدم الالتزام بالدروس ومخالفة المواعيد.

- **العدوان على زملاء المدرسة(Schoolmates Aggression (SA** : يشمل هذا العامل ٥ عناصر.

- **العدوان على السلطة المدرسية(School Authority Aggression AA)**: ويشمل هذا العامل ٥ عناصر ويركز على التصرفات الاستفزازية في المدرسة، والعدوان البدني واللفظي على المعلمين وسرقة المدرسة.

- **العامل العام(The General Factor (DBTO** : ويشمل دمج العوامل الثلاثة(Veiga 2008-203-216).

مقياس تقدير السلوك الفوضوي إعداد / أحمد أبوزيد (٢٠٠٧)

يستخدم هذا المقياس لتقدير السلوك الفوضوي لدى الأطفال المتخلفين عقلياً ، ويقوم بتقدير السلوك أحد القائمين على رعاية الطفل سواءً كان الأب أو الأم أو المعلم أو حسب ما يتطلب غرض التشخيص ، ويتكون المقياس من ٤٢ عبارة موزعة على الأبعاد الآتية :-

- **النشاط الزائد** : ويشير إلى كثرة الحركة البدنية عن المعدل الطبيعي للطفل ذاته أو لمن هم في نفس عمر الطفل نفسه ، وتمثله العبارات (١ ، ٨، ١٥ ، ٢٢ ، ٢٩ ، ٣٦).

- **الاندفاعية** : وتعنى تسرع الطفل في القيام ببعض الأفعال بدون تفكير أو إدراك للعواقب المترتبة عليه ، وتمثله العبارات (٢ ، ٩ ،

١٦ ، ٢٣ ، ٣٠ ، ٣٧).

- **نقص الانتباه** : وتعنى عدم قدرة الطفل على التركيز عند أداء بعض المهام أو الأنشطة ، وتمثله العبارات (٣ ، ١٠ ، ١٧ ، ٢٤ ، ٣١ ، ٣٨).

- **العناد المتحدى** : ويتمثل في معارضة الكبار ومخالفة النظم والـقـواعـد والـتـعـليمات وعـدم إتباع النــصائح ، وتمثله العبارات (٤ ، ١١، ١٨ ، ٢٥ ، ٣٢ ، ٣٩).

- **اللامبالاة** : ويشمل سلوكيات الطفل التي تشير إلى عدم الاهتمام بالأشــيــاء مــن حــولـه وتــجاهل المواقف الهامة ، وتمثله العبارات (٥ ، ١٢، ١٩ ، ٢٦ ، ٣٣ ، ٤٠).

- **الضوضاء** : وتشير إلى الأصوات غير المفهومة أو المفهومة التي يصدرها الطفل في أوقات غير مناسبة وبلا سبب ، وتحدث كثيراً من الإزعاج للآخرين ، وتمثله العبارات (٦ ، ١٣ ، ٢٠ ، ٢٧ ، ٣٤ ، ٤١).

- **اللااجتماعية** : وتعنى قيام الطفل ببعض السلوكيات التي لا تحظى بالقبول الاجتماعي من المحيطين ، وتمثل رفضاً من المجتمع ، وتمثلها العبارات (٧ ، ١٤ ، ٢١ ، ٢٨ ، ٣٥ ، ٤٢).

ويحتوى المقياس على مجموعة من العبارات السلبية هي : ٤ ، ٥ ، ١٠ ، ١٤ ، ١٨ ، ٢٣ ، ٢٤ ، ٣٣ ، ٣٧ ، ٣٨ ، ٤٠ وباقي العبارات إيجابية. يعطى المقياس درجة كلية للسلوك الفوضوي وذلك بحساب مجموع درجات العبارات كلها التي يحملها المقياس ، كما يعطى درجة خاصة لكل بـعـد وذلك بحساب مجموع درجات عباراته ، وأعلى درجة للمقياس هي ١٢٦ درجة ، وأقل درجة هي ٤٢ درجة ، وترتفع حدة السلوك الفوضوي كلما حصل الطفل على درجة أعلى ، وتنخفض كلما حصل على درجـة أقـل .

الفصل الرابع

الاضطرابات المصاحبة للسلوك الفوضوي

- الاضطرابات البيولوجية والعضوية
- الاضطرابات السلوكية
- الاضطرابات النفسية
- اضطرابات السلوك الاجتماعي
- الاضطرابات المعرفية
- اضطرابات التعلم

الفصل الرابع
الاضطرابات المصاحبة للسلوك الفوضوي

يظهر الأطفال ذوى اضطرابات السلوك الفوضوي العديد من السلوكيات، مثل : التعصب ، والاستفزاز على الزملاء في المدرسة ، واضطراب السلوك الفوضوي أكثر انتشاراً في المدرسة الابتدائية ، ويضع اضطراب السلوك الفوضوي الأطفال في خطر أكبر ، حيث يؤدى إلى الإصابة والمرض ويؤثر على نجاح الطفل ، ويسبب الإحباط الكبير للآباء والمعلمين ، ويوصف هؤلاء الأطفال بأنهم منبوذين ومرفوضين ، ويعكسون أحكام خلقية سيئة ضد الآخرين، ويشعر أسرهم باليأس والضعف من سلوك أطفالهم الفوضوي .(Kisicki & French2011,506)

ويصاحب اضطرابات السلوك الفوضوي بعض الاضطرابات الأخرى التي تترتب عليه والتي تظهر أثناء تفاعل ذوى السلوك الفوضوي في أنشطة الحياة اليومية ، ونعرض بإيجاز بعض هذه الاضطرابات .

١. الاضطرابات البيولوجية والعضوية :

يقوم ذوى السلوك الفوضوي بمجهود كبير لتفريغ طاقاتهم ، وهذا المجهود يترتب عليه مشكلات بيولوجية مثل : زيادة معدل ضربات القلب ، والصداع بأنواعه ، ومشكلات في ضغط الدم ، وكثرة العرق ، وخصوصاً في اليدين والشعور بالإعياء ، والمرض ، وارتفاع درجه الحرارة(Arcia,et al., 2004).

وتوصلت بعض الدراسات إلى أن النشاط الزائد يساعد على ارتفاع ضغط الدم ، وهذا يسبب اضطراباً في الوظائف العقلية ، كما توجد علاقة بين معدل الهيموجلوبين والنشاط الزائد (نبيل حسن ، ١٩٩٦ ، ١٨٣).

٢. الاضطرابات السلوكية :

يتصدر السلوك العدواني قائمة المشكلات السلوكية التي ترتبط بالسلوك الفوضوي ، وكما ذكرنا آنفا أن مشكلة السلوك العدواني من المشكلات التي دار الجدل حولها كثيراً ، فمن الباحثين ما اعتبر أن السلوك العدواني أحد أبعاد السلوك الفوضوي ، ومنهم من يرى أن السلوك العدواني سبباً للسلوك الفوضوي،

وأخر يرى أن السلوك العدواني يترتب على اضطراب السلوك الفوضوي .

وقام (Danial, et al (2004 بفحص العلاقة بين السلوك الفوضوي والسلوك العدواني على عينة مكونة من ٣٢٣ طفلاً ومراهقاً ، وخلُص الباحث إلي وجود علاقة موجبة بين السلوك الفوضوي والعدوان ، كما أن الذكور ذوى السلوك الفوضوي أكثر عدواناً من نظرائهم الإناث.

وتوصل (Danis, et al (2005 إلي أن السلوك العدواني لدى الأطفال ذوى السلوك الفوضوي يتمثل فى : العدوان اللفظي ، والعدوان ضد الذات ، والعدوان ضد الآخرين ، والعدوان ضد الأشياء .

ويتصف الأطفال ذوى السلوك الفوضوي بكثرة الغضب ، والكراهية ، والحقد ، والشك ، والإحساس بالظلم والاضطهاد ، ومضايقة الآخرين ، أي يتصفون بمستوى عال من العدائية.

ويقوم ذوى السلوك الفوضوي ببعض الأفعال التي تتصف بالعنف الشديد حيث قام (Ehrensaft, et al (2003. بفحص العلاقة بين السلوك الفوضوي والاضطرابات السلوكية على عينة تكونت من ٥٤٣ طفلاً ، وتوصل إلى وجود علاقة بين السلوك الفوضوي والعنف .

وقام (Arcia, et al (2004. بفحص تصورات الأمهات عن سلوك أطفالهن الفوضوي ، وخلُص الباحثون إلى أن اضطراب السلوك الفوضوي يصاحبه العديد من المشكلات السلوكية مثل : التبول اللاإرادي ، وكثرة الحركة حتى أن الطفل لا يستطيع أن يجلس ليأكل ، ويتصف باضطرابات ، مثل : عض الأصابع ، ومحاولات الانتحار والسرقة ، وعادات الأكل السيئة ، وأفعاله تتصف بالتهور .

وتوصل كل من (Frankel& Feinberg (2002 إلي أن الأطفال ذوى السلوك الفوضوي يميلون إلى كسر القواعد ، والنظم ، ويتعمدون إغاظة الآخرين، ولا يستجيبوا للكبار ، فسلوكهم يتسم بالعناد والتحدي والمعارضة ، وغالبا ما يتذمرون عندما يطلب منهم القيام ببعض الأشياء .

ويعانى ذوى السلوك الفوضوي من مشكلات فى النوم ، فيتصف نومهم

بالقلق المستمر ، ويرفضون النوم بمفردهم وإذا ناموا فسرعان ما يستيقظون خصوصا عند منتصف الليل ، ويتصف نومهم بالحركة المستمرة ، والضغط على الأسنان (Arcia, et al2004).

ويؤدى السلوك الفوضوي المزمن إلي الجنوح ، ويدفع الراشدين إلي الإجرام ، وبرهنا على ذلك قام Ellen& Kjelsberg (2004)، بدراسة السلوك الإجرامي لدى ذوى السلوك الفوضوي على عينة تكونت من ١٠٨٧ فرداً من الذكور والإناث فى المدى العمري من ١٥- ٣٣ سنة ، وتوصل إلى أن السلوك الإجرامي ينتشر بين الذكور والإناث ، ويرتفع السلوك الإجرامي من حيث الكم والكيف لدى الذكور ، كما يوجد ١١ فرداً من العينة متهمين فى جرائم قتل.

ويرتبط السلوك الفوضوي بكل من السلوك النمطي ، وإيذاء الذات ، والقصور فى السلوك التكيفى لدى الأطفال المتخلفين عقليا (Chadwick, et al, 2000) ويرتبط السلوك الفوضوي ببعض اللازمات مثل أعراض توريت Tourette's Syndrome ، وأعراض Tic (Sukhadolsky, et al,.2003)

ويعانى الأطفال المصابين باضطراب الانتباه من المشكلات السلوكية (Carson & Butcher, 1992,539) ، فهم يعانون من ارتفاع نسبة العدوانية (Timothy, 1997, 76) ، وهم أكثر اندفاعية ، ويعانون من نقص في تعزيز العلاقات(Lucas, 1996, 331) ، كما تتضح لديهم مشكلات التهور، والنشاط الزائد (Loreta , 1994, 73) ، وتظهر التصرفات العدوانية لدى ٧٥٪ من الأطفال المصابين باضطراب الانتباه (محمد كامل ، ١٩٩٦ ، ١٠٤).

وتوصل عبد المنعم الدردير (١٩٩٩ ، ٩٠) إلى أن التلاميذ ذوى ADHD يتصفون بالعدوانية مقارنة بأقرانهم العاديين ، وفسر ذلك بأن هؤلاء التلاميذ يواجهون مواقف وأحداث بيئية كثيرة محبطة ، وفشل متكرر ، وبالتالي فهم يلجئون إلى هذا السلوك العدواني للتنفيس عن أنفسهم لإشباع دوافعهم المحبطة ، إلا أن هذا السلوك مرضى وغير مرغوب فيه لدى المجتمع لأنه موجه نحو أذى الآخرين أو أذى الذات.

ويتسم الطفل الذي يعاني من اضطراب الانتباه بشدة الطمع ، حيث لا

يقتنع بنصيبه أو ما يخصه ، وإذا رفض الكبار هذا السلوك فأنه يبكي بحرارة، ويصرخ بشدة حتى يحصل على ما يريد (السيد على ، وفائقة محمد ، ١٩٩٩، ٥٤).

ويتميز الأطفال ذوى اضطراب الانتباه عن العاديين بالنزوع نحو إيقاع الأذى بالآخرين ومضايقتهم ، والمزاح والتهريج ، ويعانون من نقص في الضبط الذاتي والنظام .(Elizabeth & Anita 2000, 61-88)

وهناك من ٥٠٪ إلى ٦٠٪ من الأطفال ذوى اضطراب الانتباه لديهم سلوك تحدى ومعارضة فهم يجادلون الكبار ، ويرفضون إتباع التعليمات ، ويتعمدون مقاطعة الآخرين ، وهناك ٤٥ ٪ من الأطفال المصابين باضطراب الانتباه لديهم مشكلات سلوكية مثل : العدوان تجاه الآخرين ، والسلوك التدميرى ، والسرقة ، والخداع ، وعدم إتباع الأدوار (Isablla, 2001, 49, Conner, et al., 2003)

ويرى كل من « كوبر وأوريجان » أن اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد يتداخل معه العديد من الاضطرابات السلوكية الأخرى على النحو التالي :

- نسبة ٥٠ ٪ - ٦٠ ٪ من ذوى اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد يظهر عليهم سلوك التحدي والمعارضة.
- يفقدوا مزاجهم.
- يجادلوا الكبار.
- يرفضون الطاعة.
- يتعمدون مقاطعة الآخرين.
- نسبة ٤٥ ٪ منهم يعانون من اضطراب المسلك.
- ويظهرون عدواناً مزمناً تجاه الآخرين.
- يظهرون سلوكاً تخريبياً.
- الخداع والسرقة.
- كسر القواعد بصفة مزمنة ومتكررة.
- نسبة ٢٥ ٪ منهم يظهرون سلوكاً غير اجتماعي وسلوكاً جانحاً (Cooper & O'regan, 2001-20)

ويتسم الأفراد ذوى اضطراب المسلك بالمعارضة وعدم الطاعة في البيت في المقام الأول ، أما خلال سنوات المدرسة الابتدائية المتأخرة فيميلون لأن يكونوا فوضويين ومعطلين بشكل أكبر في المدرسة ، وتقل علاقتهم مع الأقران، ويكذبوا ، ويغشوا ، ويقسموا على الدوام ، ويشاركوا في السلوك العدواني، وخلال الفترة ما بين سنوات المدرسة المتأخرة وخلال فترة المراهقة تستمر كل المشاكل التي سبق ذكرها في الحدوث ، ويبدأ الأطفال في إظهار السلوك العدواني الصريح بدرجة خطيرة ، وخلال فترة المراهقة المتأخرة والمتوسطة تزيد احتمالية فرار هؤلاء الأطفال وهروبهم من المدرسة وإساءة استخدام الكحوليات أو المخدرات ، ومثل الراشدين يستمر تعرض هؤلاء الأفراد لمخاطر من الوقوع في السلوك اللااجتماعي ، والنشاط الإجرامي ، ومشاكل في العلاقة بين الأشخاص والصعوبات المهنية (محمد عبد الرحمن ، ومنى على ، ٢٠٠٣ ، ٢٨).

وخلص كل من(2010) Pardini & Fite في دراستهما عن اضطرابات السلوك الفوضوي إلي نتائج هامة على النحو التالي :

- يعتبر اضطراب العناد المتحدي منبئ بكل من اضطراب المسلك والسلوك الإجرامي.
- اضطراب المسلك منبئ قوي بالسلوك المعادي للمجتمع فى المستقبل.
- اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد منبئ بزيادة كل من اضطراب المسلك واضطراب العناد المتحدي.
- اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد واضطراب العناد المتحدي منبئ بالمشكلات الداخلية والمشكلات الاجتماعية لدى الأولاد الذكور.
- اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد واضطراب السلوك واضطراب العناد المتحدي منبئ فريد بصعوبات التعلم الأكاديمية.

وتوصلت دراسة (2010) Burke, et al. إلى أن أبعاد اضطراب العناد المتحدي منبئ بالاكتئاب واضطراب المسلك.

وكشفت دراسة (1997) Kuhne, et al. أن هناك ارتباط بين اضطراب المسلك فى الطفولة وارتفاع العدوان ، والقلق ، وانخفاض تقدير الذات.

٣. الاضطرابات النفسية :

يصاحب اضطراب السلوك الفوضوي بعض الاضطرابات النفسية ، وتشمل : القلق ، والحزن ، والاكتئاب ، والشعور باليأس ، والإحباط ، وانخفاض مفهوم الذات ، وعدم التطلع إلى المستقبل والشخصية المزدوجة ، واضطرابات آخري ، مثل : الصرع والعصاب ، وتوهم المرض .(Arcia, 2004, 99-101 (et al

ويترك السلوك الفوضوي بعض الاضطرابات النفسية على المحيطين بالطفل -الآباء ، والإخوة ، والأقران - مثل : القلق ، والتوتر ، والارتباك ، ويبدون ردود أفعال عاطفية غير مناسبة لبعض الانفعالات أثناء التفاعل الاجتماعي مثل : السعادة ، والحزن ، والغضب (Arsenio, et al2004) ، ويبدون عواطف سلبية لآلام الأصدقاء المحيطين بهم (Hughes, et al2000).

ويشعر الأطفال ذوى السلوك الفوضوي بالخوف والذي يتمثل فى الخوف من الناس ، ومن وجودهم بمفردهم ، والخوف من الظلام ، والخوف من الموت ، ويتجنب الطفل الناس حتى عندما ينادون عليه (Arcia, et al2004) .

وتشهد الحالة النفسية للطفل حاله دائمة من التوتر فهو سريع الانفعال لأتفه الأسباب ، ولا يستطيع مقاومة الضغوط المحيطة به ، فسرعان ما يصرخ عندما يواجه ضغطاً ما.

ويري Barkley (2005) أن عدم القدرة على التحكم في الذات من أهم الخصائص التي تميز ذوى اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد في نمط ضعف الانتباه.

ويتصف الأطفال المصابين باضطراب الانتباه بالانطواء ، والسلبية ، وعدم الثقة بالنفس ، وعدم الإحساس بالأمان (ابتسام السطحية ،١٩٩١ ، ١٩٥).

وهم أقل درجة فى التعبير عن العواطف الخاصة بهم مثل : السعادة ، والدهشة والحزن ، والخوف ، والاشمئزاز عن العاديين(Fortier ,1996, 331)

ومن الملامح المرتبطة باضطراب الانتباه : الكآبة ، وانخفاض القدرة على تحمل

الإحباط ، وتقدير الذات المنخفض ، ونوبات الغضب (Carson ,1992, 539 & Butcher) ، كما يتصفون باضطراب فى المزاج ، وتكون ردود أفعالهم الاجتماعية أو الاستجابة التوافقية غير الملائمة (Bussing, et al. 2003)

ويعانى الأطفال ذوى اضطراب الانتباه من نقص فى تقدير الذات مما يؤدى إلى عدم قدرة هؤلاء الأطفال على أن يقيموا علاقات مع الأصدقاء ، أو يتفاعلوا بالأساليب المناسبة اجتماعيا(Emery 1997, 67-62).

وهم غير ناضجين انفعاليا ، فالطفل المصاب باضطراب الانتباه انفعالاته دائما متقلبة ، فقد يكون معتدل المزاج وفجأة ينفجر في ثورة من الغضب يصاحبها بكاء حار بدموع غزيرة ، ومن ينظر في عيون طفل مصاب باضطراب الانتباه يرى وكأنه يعيش في عالم آخر حيث يستغرق هذا الطفل في النظر إلى البيئة المحيطة به وكأنه يحلم ، لذلك يطلق العلماء على الأطفال المصابين باضطراب الانتباه بأنهم أطفال أحلام اليقظة (السيد على سيد ، وفائقة محمد، ١٩٩٩ ، ٥٤ –٥٥).

ويرى « كوبر وأوريجان « أن اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد يتداخل معه العديد من الاضطرابات الانفعالية الأخرى على النحو التالي :

- يعانى ٣٠٪ من الأطفال المصابين باضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد من القلق.
- ونسبة ٣٣ ٪ منهم يعانون من الاكتئاب.
- ونسبة ٥٠٪ منهم يعانون من المشكلات العاطفية
- ونسبة ٥٠ منهم يعانون من مشكلات حادة في المهارات الاجتماعية (Cooper & O regan 2001 - 20)

ويرى عبد المنعم الدردير (١٩٩٩ ، ٨٩) أن الأفراد ذوى اضطراب الانتباه يصدرون العديد من السلوكيات مثل : التهور ، والاندفاع ، والعصبية وسرعة الانفعال ، سوء التنظيم والفشل المتكرر ، وغيرها من السلوكيات التي ربما تؤدى إلى زيادة حالة القلق لديهم. وأيضا اضطراب علاقتهم بمدرسيهم ، وزملائهم وشعورهم بالنبذ والرفض من الآخرين ، وقد يؤدى هذا إلى زيادة الضغوط

النفسية عليهم ، وبالتالي يؤدى إلى زيادة درجة القلق لديهم.

ويُبدى ذوى اضطراب الانتباه ردود أفعال سلبية تجاه الآخرين ، حيث يعتقدون أن الآخرين وأقرانهم على وجه الخصوص يظهرون نوايا أو مقاصد سلبية تجاههم ، ويعتقدون عن طريق الخطأ أن الآخرين والأقران يكنون العداء الكبير ضدهم (Whalen & Henker1987).

ويتصف الأطفال ذوى العناد المتحدى بسرعة التهيج ، وبالحالة المزاجية غير المستقرة خلال فترة المهد وسنوات الروضة ، وتتميز هذه الحالة المزاجية الصعبة بالمزاج السلبي ، ومشاكل في التكيف مع المواقف الجديدة ، والروتين غير المنتظم فى الأكل والنوم (محمد عبد الرحمن ، ومنى على ، ٢٠٠٣ ، ٢٢).

ويعاني الأطفال ذوى اضطراب المسلك من صعوبات في العلاقات بين الأشخاص ، ويتعاطون المخدرات والكحول (Boesky2002).

وكشفت دراسة (2001) Murphy & Sederer أن حوالي ٢٥ ٪ - ٤٠ ٪ من الأطفال ذوى اضطراب المسلك يعانون من اضطراب الشخصية المضاد للمجتمع فى مرحلة الرشد.

وكشفت دراسة (1996) Rowe, et al. أن الإصابة باضطراب المسلك فى الطفولة يؤدي إلى ظهور الاكتئاب فى مرحلة البلوغ ، كما يؤدى إلى اضطرابات شخصية أخري ، وتناول المخدرات.

ويعاني الأطفال ذوي اضطراب المسلك من اضطرابات المزاج ، والقلق ، وسوء استخدام المادة ، ونقص الانتباه ، ومشكلات التعلم ، فهم غير قادرين على التكييف مع مطالب الرشد ، ولديهم مشكلات فى العلاقات والعمل ، كما أنهم يكسرون القوانين ، ويتصرفون بأسلوب غير مقبول اجتماعيا (AACA,2004)

وكشفت دراسة (1995) Burket & Myers أن مستقبل الأطفال المصابين باضطراب المسلك حزين جدا ما لم يتلقوا العلاج المبكر والمناسب لهم ولأسرهم ، وكشفت الدراسة أن الذكور والإناث المراهقين الذين يعانون من اضطراب المسلك لديهم العديد من المشكلات الذهانية فقد بلغت نسبة الإصابة باضطراب الاكتئاب حوالي ٦٤ ٪ ، وبلغت نسبة الإصابة بالقلق حوالي ٥٢ ٪

، ويلغت نسبة المستخدمين للمخدرات حوالي ٤٨ ٪ ، ويلغت نسبة مضطربي الانتباه والنشاط الزائد منهم حوالي ٤٨ ٪ ، ويلغت نسبة المصابين باضطراب الشخصية الحدية حوالي ٣٢ ٪ ، وتشير هذه النتائج أن مستقبل ذوى اضطراب المسلك غير مشرق.

٤. اضطراب السلوك الاجتماعي :

يعانى الأطفال ذوى السلوك الفوضوي من قصور فى مهارات التفاعل الاجتماعي يترتب عليها رفضاً من الآخرين وهذا ناتج عن بعض السلوكيات الفوضوية التي تلقى رفضا من الآخرين مثل : العناد ، وعدم طاعة الآخرين ، وأعمال التخريب والتحدي والإهمال ، والعبث بأدوات المنزل والمدرسة ، وفى هذا المجال أشار Emily، et al (2004). إلي أن السلوك الفوضوي ذو تأثير قوى على ظهور السلوك غير الاجتماعي فى الرشد.

ويشكل القصور فى المهارات الاجتماعية أهم أبعاد السلوك الاجتماعي السلبي الذي يتصف به الأطفال ذوى السلوك الفوضوي ، وفى مجال العلاقة بين السلوك الفوضوي والسلوك الاجتماعي قام كل من Webster&Lindsay (1999) بفحص العلاقة بين السلوك الفوضوي ومهارات التفاعل الاجتماعي على عينة تكونت من ٤-٧ سنوات وتوصل الباحثان إلي أن الأطفال ذوى السلوك الفوضوي يعانون من قصور فى مهارات حلّ المشكلة الاجتماعية ، وقصور فى مهارات التفاعل الاجتماعي مع الآباء والأقران .

ويلقى الأطفال ذوى السلوك الفوضوي رفضاً من الأقران ، حيث قام David&Mark (1994) بفحص العلاقة بين مشكلات العلاقة مع الأقران والسلوك الفوضوي على عينة تكونت من ٢٧ طفلاً من ذوى السلوك الفوضوي، وعينة من ٢٥ طفلا من الأطفال العاديين فى المدى العمرى من ٨-١١ سنة ، وخلُص الباحثان إلى أن الأطفال ذوى السلوك الفوضوي يعانون من مشكلات فى علاقتهم بأقرانهم ، فهم أقل مرغوبية من الآخرين لما يبدونه من سلوكيات تلقى رفضاً من الأقران مثل : محاولات الهجوم داخل مجموعات اللعب ، وعدم التعاون فى الأنشطة وانتهاك القواعد ، السلوك السلبي داخل الفصل ، والضوضاء

والمضايقة ، وكثرة الجدل ، والأنانية ، وسرعة الغضب ، والاستبداد والاحتكار، والتطفل ، والتفاعلات المزعجة .

ويعـاني الأطـفال ذوى السـلوك الفـوضـوي من قصور في مـهـارات السـلوك التكيفي حيـث قـام كل مـن(Gerald & Braswell (1998 بفحص المهارات التكيفية لدى الأطفال ذوى السلوك الفوضوي على عيـنة تكونت من ١١٠ تلميذ ممن تتراوح أعمارهم بين ٨-١٢ سنه ، وخلُص الباحثان إلى أن الأطفال ذوى السلوك الفوضوي لديهم عجزاً واضحاً فى المهارات التكيفية ، وأظهروا انخفاضاً واضحاً فى الاجتماعية.

وهناك سلوكيات غير مرغوبة يقوم بها الطفل المصاب باضطراب الانتباه تجعل المحيطين به ينبذونه ، وبالتالي لا يستطيع أن يتوافق معهم اجتماعياً (Steven&Lisa ,1991, 251) ، حيث يتصف الأطفال ذوى اضطراب الانتباه بالعلاقات السلبية مع الأفـراد ومشـكلات مع الآباء والمحيطين بهم ، ولا يتبعون الأدوار الاجتماعيـة ، فهـم يعانـون من نقص فى السـلوك الاجتماعي (Carson&Butcher ,1992, 539).

فهم لا يحسنون التعامل مع الآخرين ، كما أنهم غير مقبولين من الجماعة، وغير متعاونين ، وليس لهم أصدقاء كثيرون (السيد السمادونى ، ١٩٨٩ ، ٢٢٩).

ويعانون من عدم القدرة على التكيف النفسي والاجتماعي ، ويشكلون مشكلة كبيرة للوالدين والمعلمين (السيد على ، ١٩٩٩ ، ٥).

كما يظهرون معدلاً مرتفعا فى السلوكيات غير المناسبة مثل : السرقة ، والغش ، والسلوك الاتلافى (Hinshow, et al . 1992, 274-281) ، ولديهم قصور فى مهارات التعاون ، وتأكيد وضبط الذات (Marie 1992 - 209).

ويعانون من عدم القدرة على إتباع الأدوار ، والتوقعات الاجتماعية الهامة (Kenneth&Thomas ,1998, 101-109) ولديهم قصور في الضبط الذاتي، والنظام (Elizabeth & Anita, 2000, 61-82) فهناك ٥٠٪ من الأطفـال ذوى اضطـراب الانتبـاه يعـانون من قصـور في المهارات الاجتماعية (Cooper & O regan, 2001, 20)

ويعانى الأطفال ذوى اضطراب الانتباه من قصور في القدرة على التواصل مع الآخرين ، وانخفاض في الوظيفة الاجتماعية والعائلية عن العاديين(Sukhodolsky, et al2003).

وكشفت بعض الدراسات أن حوالي ٦٠ ٪ من الأفراد ذوى اضطراب المسلك يظهرون سلوكيات غير اجتماعية خلال فترة معينة من نموهم مثل : بعض أفعال السرقة المتفرقة ، وتخريب الممتلكات العامة ، وتجريب المخدرات ..... الخ (محمد عبد الرحمن ، ومنى على ، ٢٠٠٣ ، ٢٤).

ويرتبط اضطراب المسلك بمجموعة كبيرة من عوامل الخطر مثل : الضعف الوراثي ، سوء استخدام المادة مبكراً ، تلف أو ضرر في الدماغ ، تناول الأم التبغ أثناء الحمل تأثيرات سلبية من الوالدين ، إساءة معاملة الطفل ، العلاقات مع الزملاء (McMains, et al2003).

٥. الاضطرابات المعرفية:

يصاحب اضطراب السلوك الفوضوي أوجه قصور كبيرة فى القدرات والمهارات المعرفية ، فيعانون من اضطرابات فى الانتباه ، والتذكر ، والإدراك ، واضطرابات في التحويل ، والتخطيط ، والترميز ، والقدرة على الكف ، ويرجع ذلك إلى أن اضطرابات السلوك الفوضوي تعمل على انخفاض كفاءة الطفل فى القدرة على الملاحظة ، وكذلك عدم القدرة على استخدام أساليب تعلم مناسبة.

وبرهن Van Goozen, et al (2004) على ذلك ، حيث قام بدراسة الوظائف الإجرائي Executive Functioning لدى الأطفال ذوى السلوك الفوضوي على عينة تكونت من ٧٧ طفلاً ، توصل فيها إلي أن الأطفال ذوى السلوك الفوضوي يعانون من اضطرابات فى الذاكرة العاملة ، والتحويل ، والتخطيط ، وعدم القدرة على الكف.

ويعانى الأطفال ذوى اضطراب الانتباه من ضعف في القدرة على النسخ والاستدعاء (ابتسام السطحية ، ١٩٩١ ، ١٧١) ، ولديهم مشكلات في الانتباه (Loreta, 1994, 73).

ويعانون من اضطراب في الذاكرة ، والإدراك ، والترميز ، وتكوين المفاهيم

(محمد كامل ، ١٩٩٦ ، ٩٨) ، ولديهم قصور في العمليات البصرية ، وفى الوظائف الإجرائية مثل التخطيط ، وحلّ المشكلة .(Samantha 1997 -104) كما توجد علاقة بين اضطــراب الانتبـــاه واضطـــراب العمليات السمعية (Lynn , 1997, 90) فهم يعـــانون من عجـــز خاص فى العمليات السمعية (Therese 1998, 81)

ولديهم ضعفا فى القدرة على التفكير مما يجعلهم يخطئون كثيراً ، وحديثهم فى الحوار غير مترابط (السيد على وفائقة محمد ، ١٩٩٩، ٣٣). فهم يعانون من قصور فى العمليات المعرفية أكثر من العاديين(Renz, et al 2003).

ويرى Barkley (2005 ,1997) أن الذاكرة العاملة لا تعمل بشكل جيد عند من يعانون من اضطراب الانتباه غير المصحوب بالنشاط الزائد ADD ، وبالرغم أن من هذا الإجراء مهم للتعامل مع مواقف الحياة اليومية ، والتي يقصد بها القدرة على استدعاء عناصر الماضي والتحكم بها في العقل البشري. ويرى أن القدرة على التحدث إلى الذات تتطور لدى ذوى اضطراب الانتباه غير المصحوب بالنشاط الزائد ولكن فى وقت متأخر وبشكل غير كامل ، وأكد على أنهم يعانون من قصور فى الإحساس بالوقت أو تقديره ، والذى يترتب عليه عدم أدائهم الإعمال المكلفون بها فى الوقت المحدد.

وتوصل Adler (1982) إلى أن ذوى النشاط الزائد يعانون من النقص والاضطراب فى الذاكرة ، ويظهر هذا النقص عند الأداء على المهام التذكرية البصرية ، ويكون لديهم أيضا اضطراب فى عملية الإدراك السمعي (نبيل السيد، ١٩٩٦ ، ١٨٢).

وكشفت دراسة صلاح الشريف (١٩٩١) أن الأطفال ذوى النشاط الزائد يُعانون من قصور فى الاستعداد الذهني عن الأطفال العاديين.

خالد الفخرانى (١٢٧-١٩٩٥) توصل إلى أن الأطفال ذوى اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد وغير المصحوب بالنشاط الزائد يعانون من قصور فى التآزر البصري الحركى مقارنة بالعاديين.

٦. اضطرابات التعلم:

يؤثر السلوك الفوضوي على البيئة التعليمية داخل الفصل ، حيث يقوم الأطفال ذوى السلوك الفوضوي ببعض السلوكيات التى تعمل على إفساد النظام التعليمي داخل الفصل ، فيقاطعون المعلم أثناء الشرح ، ويندفعون فى الأسئلة والإجابات ، ويثيرون أسئلة غير مناسبة ، ويعبثـــون بأدوات الفصـــل ، ويتعمدون مضايقة زملائهـــم ، فيجعلون المعــلم فى حالة توتر دائم وزملائهم فى حالة ارتباك مما يؤثـــر على العمليـــة التعليميـــة داخل الفصل ويرى Kaplan, et al (2002 ,198-199) أن الأطفال ذوى السلوك الفوضوي يقومون بتفاعلات تؤثر سلبياً على المعلمين والأقران ، وتعمل على انخفاض كفاءة العملية التعليمية.

ويترتب على اضطرابات السلوك الفوضوي اضطرابات فى التعلم ، تشمل صعوبات التعلم ، والتأخر الدراسي ، وبطء التعلم وتعمل اضطرابات التعلم عــلى حــدوث مشــكلات تعليمية أكثر حدة مثل : الفشــل المدرسي ، وتجنب الـــمدرسة.

ويرى Vitaro, et al (1999). أن خفض السلوك الفوضوي يترتب عليه انخفاض مشكلات التعلم ، لذلك قام بإعداد برنامج يستهدف من ورائه خفض المشكلات التعليمية ، وتوصل إلى أن خفض السلوك الفوضوي ذا أثراً إيجابياً على العملية التعليمية ، حيث جعل الأطفال أكثر تركيزاً ، وأقل معاناة من صعوبات التعلم ، ويلتزم الأطفال بقواعد الفصل فلا يتعرضون للطرد من معلميهم ، فهم أكثر قبولا بين زملائهم ، ويلقون المساندة من معلميهم.

ويتطلب السلوك الفوضوي من المعلمين أن يقضوا وقتاً كبيراً لضبط سلوك التلاميذ داخل الفصل ، كما أنه يعوق العملية التعليمية لما يصدر من التلاميذ ذوى السلوك الفوضوي من سلوكيات شاذة(Kelly, et al 2007).

ويعانى الأطفال ذوى اضطراب الانتباه من قصور فى التحصيل الدراسي (نبيلة رشاد ، ١٩٩٧ ، ٣٤٣) ، ولديهم ألفاظ غير واضحة ، ويقضون أكثر الوقت خارج مقاعدهم (Schweitzer&Azaroff 1995 ,671-985) ، فضلاً عما

يعانيه هؤلاء الأطفال من انخفاض فى الانجاز (Ann, 1996 ,142).

وكل هذه المشكلات تمثل اضطرابا فى التعلم خصوصاً عند إجراء عمليات التقييم ، لذلك تكون المدرسة مصدراً لإحباط هؤلاء الأطفال (محمد كامل ، ١٩٩٦، ١٠٤).

ويعانى الأطفال ذوى اضطراب الانتباه من صعوبات فى التعلم خصوصا فى القراءة ، وفى تعلم المواد الأساسية فى المدرسة ، ويعانون من التأخر الدراسي ، ولا يتبعون التعليمات ، كسالى فى أداء العمل المدرسي ، كثيرو التحدث (Andrea&Victorai, 2000-20).

ويعانى ذوى اضطراب الانتباه من ضعف فى القدرة على الفهم ، والاستجابة الخاطئة ، وكثرة النسيان ، وشرود الذهن ، ضعف التفكير ، الكتابة الرديئة ، تجنب المواقف التعليمية ، وهذه الصفات تؤدى حتما إلى انخفاض تحصيلهم فى المدرسة (السيد سيد ، وفائقة بدر ، ١٩٩٩، ٧٩).

ويرى جمعة يوسف (٢٠٠٠ ، ٢٣) أن من أهم مضاعفات هذا الاضطراب هي : انخفاض الأداء الأكاديمي ، والانجاز المدرسي ، والمشكلات مع المعلمين والزملاء ، والسلطات المدرسية.

وكشفت دراسة عبد المنعم الدردير (١٩٩٩ ، ٩١) أن التلاميذ ذوى اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد يتصفون بانخفاض تحصيلهم مقارنة بأقرانهم الأسوياء ، وفسر ذلك بأن التلاميذ ذوى ADHD يتصفون بنقص الانتباه والاندفاع والذى يؤثر على تحصيل هؤلاء التلاميذ لأن الانتباه يعد أحد العمليات العقليا المعروفة ذات الصلة الوثيقة بعمليات الذاكرة والإدراك ، وأية اضطرابات فى أحدهما يحدث اضطراباً فى العمليات العقلية الأخرى مما قد يؤثر سلباً على تحصيلهم ، فنقص الانتباه يجعلهم غير قادرين على استقبال المعلومات التي تقدم لهم داخل الفصل وانتقائها من بين المثيرات المشتتة.

ويتصف الطفل الذى يعانى من اضطراب الانتباه فى الفصل الدراسي بالسلوكيات الآتية :

- يخرج مراراً من مقعده فى أوقات غير مناسبة ، وفى مواقف غير مناسبة.

- لا يتبع توجيهات المعلمين ، وتعليمات الكبار.
- يتحدث على نحو غير صحيح.
- يندفع تجاه الزملاء.
- شارد الذهن ، ولديه فترة انتباه قصيرة.
- يزعج الزملاء ، ويعوق عملهم ، ويمنعهم من التركيز.
- كثير الأحلام ، وغارق فى أحلام اليقظة.
- يفقد وينسى المستلزمات.
- متأخر فى العمل الكتابي.
- عمله المدرسي غير مكتمل ، وغير منسق

.(Cooper & O regan' 2001 ,8)

ويرى فتحي الزيات (١٩٩٨ ، ٢٥٢ - ٢٥٣) إلى أن صعوبات الانتباه تقع موقعاً مركزياً بين صعوبات التعلم المختلفة مما حذا بالكثير من العاملين في مجال التربية إلى أن يعتبروا بأن صعوبات الانتباه تقف خلف كثير من أنماط صعوبات التعلم الأخرى، مثل صعوبات القراءة ، والفهم القرائي ، والصعوبات المتعلقة بالذاكرة ، والصعوبات المتعلقة بالحساب أو الرياضيات ، بالإضافة لصعوبات التآزر الحركي والصعوبات الإدراكية بشكل عام. كما أن حوالي ٣٠ - ٤٠ ٪ من ذوى صعوبات التعلم لديهم اضطراب انتباه مصحوب بالنشاط الزائد.

وكشفت دراسة Rabiner, et al (1999). أن أطفال الرياض الذين يعانون من مشكلات فى الانتباه قد ظهرت لديهم مشكلات أكاديمية واضحة خاصة في التحصيل القرائي ، حيث كان أدائهم منخفضاً في هذا الجانب مما يشير إلى أن مشكلات الانتباه قد تكون مؤشر لحدوث صعوبات في القراءة لدى أطفال الرياض إذا ما أُهمل علاج مشكلات الانتباه مبكراً.

وأشارت نتائج دراسة Rabiner, et al (2000). التي أجراها على عينة من الأطفال العاديين وعينة من الأطفال ذوى اضطراب الانتباه بالمرحلة الابتدائية، أن ذوى اضطراب الانتباه يعانون من تدني مستوى القراءة بنسبة ٧٦٪ مقارنة بالعاديين ، وكان أدائهم للغة المكتوبة منخفضاً بنسبة ٩٢٪ عن أقرانهم العاديين

، وأوصت هذه الدراسة على ضرورة التدخل المبكر لعلاج القصور فى الانتباه لدى ذوى اضطراب الانتباه فى سن مبكر ، كما أوصت بضرورة التركيز على الأسباب التي تؤدى إلى الصعوبات الأكاديمية ، وليس التركيز على الصعوبات الأكاديمية نفسها ، فلا يصلح علاج الصعوبات الأكاديمية ومازال هناك مشكلات فى الانتباه.

وأشارت نتائج دراسة(Mclnnes, et al (2003. إلى أن ذوى اضطراب الانتباه يعانون من قصور فى فهم ما يسمعون ، ويعانون من مشكلات فى اكتشاف الأخطاء القرائية.

وقد توصلت العديد من الدراسات إلى أن الطلاب ذوى اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد قد يكون أدائهم أفضل فى الرياضيات إذا ما تم تنظيم المهام الرياضية لتناسب مستواهم الأكاديمي ، وعندما تقدم لهم تغذية راجعة بصفة مستمرة ، وكذلك الاهتمام بالأساليب المثيرة للانتباه عند تقديم دروس الرياضيات ، وأن هذه الإجراءات قد تعمل علي تحسين تحصيلهم فى الرياضيات ، وتحسين مستواهم الأكاديمي (Rabiner2005).

وكشفت بعض الدراسات أن حوالي ٨٠ ٪ من الأطفال ذوى النشاط الزائد واضطرابات الانتباه يعانون من صعوبات التعلم (خالد الفخرانى ١٩٩٥، ١٠٩).

وكشفت دراسة أخرى أن حوالي ٤٣ ٪ من الأطفال مفرطى النشاط لديهم صعوبات تعلم ، ولكنها ليست بالضرورة ملازمة لهذه الحالة (عبدالرقيب البحيرى ، وعفاف عجلان ، ١٩٩٧ ، ١).

ويلخص كوبر وأوريجان لمشكلات التعلم التي تصاحب اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد علي النحو التالي :

- يتصف نسبة ٩٠٪ من ذوى اضطراب الانتباه بأن إنتاجهم أقل من اللازم فى العمل المدرسي.
- نسبة ٩٠ ٪ منهم يعانون من مشكلات فى التحصيل المدرسي.
- نسبة ٢٠ ٪ منهم يعانون من صعوبات فى القراءة.
- نسبة ٦٠ ٪ منهم يعانون من صعوبات شديدة فى الكتابة.

- نسبة ٣٠ ٪ منهم يرسبون فى المدرسة فى الولايات المتحدة الأمريكية (Cooper & O' regan 2001 ,20) .

ويعانى ذوى اضطراب المسلك من مشكلات فى التعلم والتحصيل والأداء الأكاديمي بصفة عامة(Boesky 2002).

ويتضح مما سبق تعدد الخصائص التي تميز الأطفال ذوى اضطرابات السلوك الفوضوي عن العاديين ومن خلال العرض السابق يتضح الآتي :-

- يعانى الأطفال ذوو السلوك الفوضوي من العديد من المشكلات السلوكية مثل : ارتفاع درجة العدوانية ، والتهور والنشاط الزائد ، والطمع ، والأذى ، والمضايقة والمزاح ، والتهريج.

- ويعانى الأطفال ذوو السلوك الفوضوي من الاضطرابات الانفعالية مثل: القلق ، وعدم الإحساس بالأمان ، والانطواء والسلبية ، وعدم الثقة بالنفس، وعدم الدقة فى التعبير عن العواطف الخاصة مثل : الدهشة ، والاشمئزاز ، ويعانون من الكآبة ، والإحباط ، واضطراب المزاج.

- يعانون من قصور فى العمليات المعرفية تتمثل فى القدرة على النسخ، والاستدعاء والانتباه ، والذاكرة ، والإدراك ، والترميز ، وتكوين المفاهيم ، والتخطيط ، وحلّ المشكلة ، والعمليات السمعية والبصرية ، والتفكير.

- فضلا عن المشكلات المدرسية المتعددة والتي تخلق لهم مشكلات مع الأقران والمعلمين ، فهم لا يتبعون النصائح ، أو التوجيهات من المعلمين والكبار، ويعانون من التأخر الدراسي ، وصعوبات فى التعلم ، وانخفاض فى التحصيل، فهم يرسبون فى الامتحانات السنوية.

- ولديهم قصور فى السلوك الاجتماعي والمهارات الاجتماعية ، ويتسببون فى مشكلات مع الآباء ، والإخوة ، والأقران ، والمعلمين لما يصدرونه من سلوك اجتماعي غير مناسب.

الفصل الخامس

علاج السلوك الفوضوي

- العلاج الطبي
- العلاج السلوكي
- العلاج السلوكي الطبي
- العلاج المعرفي
- العلاج المعرفي السلوكي
- التدريب علي المهارات الاجتماعية
- التدريب الوالدي
- العلاج باللعب
- مداخل علاجية أخرى

الفصل الخامس

علاج السلوك الفوضوي

تنوعت الأساليب العلاجية المستخدمة في خفض أو علاج السلوك الفوضوي، ويرجع ذلك إلى تعدد العوامل والأسباب التي تقف خلف اضطراب السلوك الفوضوي ، ويرجع ذلك أيضا إلى اختلاف طبيعة الحالات ، وطبيعة السلوك الفوضوي وما يصاحبه من اضطرابات ومشكلات أخرى تستلزم نوعا خاصا من العلاج ، لتعديل الجوانب النفسية والسلوكية والاجتماعية للاضطراب.

وعمل الباحثون على تقديم العلاج للطفل المصاب بالسلوك الفوضوي ، وكذلك المحيطين بالطفل من أباء وإخوة لتعديل الاتجاهات الخاطئة وتحقيق فاعلية علاجية طويلة المدى لديهم ، وقام الباحثون أيضا بتقديم العلاج في بيئات متعددة مثل : المنزل ، والمدرسة ، والمؤسسات المعنية ، والعيادات الخاصة ، وذلك بما يتلاءم مع طبيعة الطفل والسلوك المشكل لديه.

وتوضح الدراسات أهمية علاج ذوى النشاط الزائد ، فإذا تم علاجهم فى مرحلة الطفولة فإن ذلك لا يؤدى بهم إلى تكوين شخصية مضادة للمجتمع ، أو إلى السلوك العدواني ، أو الجنوح (صلاح الشريف ، ١٩٩١ ، ٦٢٩).

ويعتبر علاج الأطفال الذين يعانون من اضطراب المسلك من الأمور الصعبة والمعقدة خاصة فى ظل عدم تعاونهم ، وخوفهم ، وارتياب البالغين ، ويتم جمع المعلومات عنهم من خلال الأسرة ، والمعلمين ، والأصدقاء ، ويعتبر العلاج السلوكي والتحليل النفسي من أهم أنوع العلاج التي يمكن أن تستخدم معهم للتحكم فى الغضب ، وقد تستخدم العقاقير والأدوية مع الأطفال الذين لديهم مشكلات الاكتئاب ، والاندفاعية ، والانتباه ((AACA,2004).

ويرى بعض الباحثين أن معالجة الأطفال المصابين باضطراب المسلك صعبة لأن أسباب المرض معقدة ، بالإضافة إلى أن كل طفل فريد من نوعه ، كما أن عملية العلاج تواجه تحدى من الطفل لأنه غير متعاون ، بالإضافة إلى خوف وارتياب البالغين (APA,1994,85).

ويري (Davidson & Neale (1996,427، أن هناك طرق قليلة ممكن تستخدم لعلاج الأطفال ذوى اضطراب المسلك منها العلاج بالتحليل النفسي ، والذي يعد من أفضل الطرق المستخدمة وذلك لإحساس البعض منهم بالذنب ، ويعمل العلاج السلوكي على تخفيف حدة الغضب لديهم.

ويري (Campbell، et al (1995. أن علاج ذوى اضطراب المسلك يتضمن في أغلب الأحيان استخدام الأدوية ، وخاصة عند اتحاد اضطرب المسلك بكل من الاكتئاب واضطراب الانتباه.

ونعرض في هذه الصفحات أنواع الأساليب العلاجية مدعمة بنتائج بعض البحوث والدراسات التي أمكن الحصول عليها.

العلاج الطبي:

يستخدم العلاج الطبي فى علاج بعض الاضطرابات السلوكية ، وذلك باستخدام العقاقير التي أكد الباحثون فاعليتها بعد التجريب على عينات بشرية متعددة ، حيث يفترض أن الاضطراب السلوكي يرجع إلى اختلال التوازن فى القواعد الكيميائية فى المخ ، وأن هـــذه العقـاقـيـر تعمل على إعادة توازن القواعد الكيميائية في المخ.

وقـدم لنا الباحثون بعض العقاقير التي تم تجريبها في علاج أو خـفـض السلوك الفوضوي فاستخدم (Victoria (1999 عقار Methylphenidate والمعروف باسم الريتالينRitalin على عينة تكونت من خمسه أطفال ، ونجح العقار فى خفض السلوك الفوضوي لدى ثلاثة أطفال.

واستخدم (Jan, et al (2001.عقارTopiramate فى خفض السلوك الفوضوي على عينة تكونت من ٣٨ مراهقاً ، وتم تقديم العقار لهم يوميا لمدة ثلاثة أسابيع ، ونجح العقار فى خفض السلوك الفوضوي ولكن بنسبة بسيطة.

واختبر (Ronald, et al (2004.مدى فاعلية العلاج الطبي باستخدام عقارRisperidone فى خفض السلوك الفوضوي لدى عينة تكونت من ١٤

طفلاً ، تراوحت أعمارهم بين ٩-١٢ سنة ، وكان العلاج فعال في خفض السلوك ، وأضاف (2005) Michael, et al. بأن عقار Risperdone مصرح به لعلاج السلوك الفوضوي لدى الأطفال والمراهقين والراشدين فى أقطار متعددة ، حيث يعمل على تحسين التفاعل الاجتماعي ، وخفض أعراض السلوك الفوضوي.

وقام (2004) Coppola, et al بدراسة استخدم فيها عقار Clothiapine فى خفض السلوك الفوضوي لدى مراهق واحد ، ونجح العقار في خفض السلوك الفوضوي ، واستخدم (2005) Frank, et al عقار Clonidine في خفض السلوك الفوضوي لدى طفلة عمرها ١٣ سنة ، وكان العلاج فعال ، واستمرت فاعلية العلاج بعد أربعة أشهر من التطبيق.

وراجع (2004-19) Kutcher, et al بعض الدراسات التي استخدمت العلاج الطبي في خفض السلوك الفوضوي ، وخلُص إلي أن السلوك الفوضوي يمكن خفضه أو علاجه باستخدام بعض العقاقير الطبية مثل :-

- Amphetamine
- Dextoaphetamine
- Detroaphetamine salts

وكان عقار أتوموكستين Atomoxetine فعّالاً فى خفض أعراض اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد وأعراض اضطراب العناد المتحدي لدي عينة في المدى العمري من ٦- ١٥ سنة (Dittmann, et al.,2011).
ويعرض كل من (2001-15) Cooper & O' regan في كتابهما « تربية الأطفال ذوى اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد» بعض حالات الأطفال ذوى اضطراب الانتباه ، ونعرض من تقارير دراسة الحالة لهؤلاء الأطفال ما يتعلق بعملية العلاج الطبي للأطفال ذوى اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد على النحو التالي :

- يذكر الطفل Kate وعمره ١٢ سنة أن : اعتماده على عقار الريتالين Ritalin ساعده على القيام بالأعمال الصعبة ، ويشعر أنه ألطف ، ويستطيع

التحكم فيما يقول. وعند انقطاعه عن استخدام الريتالين يشعر أنه غبي وسخيف، ويقوم بأشياء غير مناسبة.

- ويذكر الطفل Stacy وعمره ١٣ سنة أن : اعتماده على عقار الريتالين جعله يشعر بالهدوء ، واستطاع أن يركز في دروسه بطريقة أكبر ، كما استطاع التركيز في كل الأشياء ، وبدون الريتالين لا يستطيع التركيز فى أي شيء .

- ويذكر الطفل James وعمره ١٥ سنة أن : أداؤه يكون أفضل عند اعتماده على الريتالين ، ويستطيع القيام بأعمال أكثر ، كما لا يتحدث كثيراً.

- وتذكر الطفلة Leslie وعمرها ١٤ سنة أنها أحيانا تعتقد في جدوى الريتالين ، وأحيانا لا تعتقد فى جدواه ، وأنها عندما تتعاطاه لا تذهب إلى المدرسة ، ولا تود الخروج أو اللعب مع أقرانها ، تفضل فقط البقاء في المنزل مع نفسها ، أو قراءة كتاب ، أو مشاهدة التلفزيون ، أو أي شيء أخر.

ويركز العلاج الطبي في هذا المنحنى على الأعراض البيولوجية التي تقف خلف السلوك والتي تكون قليلة الحدوث فإذا كان هذا المدخل يصلح في بعض الحالات إلا أنه قد يكون قاصراً مع الحالات التي يكون فيها السلوك راجعاً إلى عوامل أخري تتعلق بالأسرة وعادات التعلم الخاطئة ، فضلا عما يتركه العلاج الطبي من أثار جانبية سلبية ، مثل : الصداع والغثيان والأرق ، انخفاض الوزن كما أن الاستخدام المستمر لهذه العقاقير قد يجعل الطفل عرضه للإدمان ، كما أن هذا المدخل ذا تأثير بسيط في تحسين الجوانب النفسية والاجتماعية والتعليمية ، والتي تشكل أهم جوانب السلوك الفوضوي.

ويرى محمود حمودة (١٩٩٨ ، ١٦٢) أن هذه العقاقير يصعب الحصول عليها لوصفها ضمن جدول المخدرات كما أن لها بعض الأعراض الجانبية مثل : اضطراب النوم ، وفقدان الشهية ، ونقص النمو ، والتوتر ، ولذلك أُقترح استبدالها بمنبهات أخرى مثل : القهوة نظراً لوجود مادة الكافيين المنبهة بها ، وأيضا لتوافرها بالمنزل ، وحين يشربها الطفل لا ينظر لنفسه على أنه مريض يتعاطى علاجاً ولكن ينظر لنفسه على أنه أصبح كبيراً يشرب الشاي والقهوة مثل الكبار مما يؤثر عليه ايجابياً.

وأن حوالي ٢٥ ٪ من الأطفال المندفعين المترددين على العيادات النفسية لا يستجيبون جيدا للعلاج بالعقاقير الطبية ، كما أن آثار تلك العقاقير على التعلم والسلوك ليست جيدة ، بالرغم من أن البحوث العلاجية قد استخدمت في الفترة الأخيرة العلاج بالعقاقير مع طرق أخرى لخفض الاندفاعية (سعيد دبيس، والسيد السمادونى ، ١٩٩٨ ، ٩٥).

وقام Sarah (1997) بدراسة هدفت إلي التعرف علي تجارب الآباء لاستخدام الريتالين في علاج أبنائهم ذوي اضطراب الانتباه ، وتوصلت الدراسة إلي أن الأطفال ذوي اضطراب الانتباه مازالوا يعانون من مشكلات في التعلم ويعانون من الاضطرابات السلوكية.

العلاج السلوكي:

يعتبر العلاج السلوكي أحد الأساليب العلاجية الفعالة في خفض الاضطرابات السلوكية أو تعديل السلوك الإنساني ، ويعتمد العلاج السلوكي على استخدام مبادئ وقوانين نظريات التعلم الإجرائي والاشراطي والتعزيز ، ويهدف إلى خفض السلوك غير المرغوب أو التخلص منه وتقوية السلوك المرغوب.

ويعرف العلاج السلوكي بأنه أسلوب علاجي يستخدم مبادئ وقوانين السلوك ونظريات التعلم في العلاج النفسي ، ويعتبر محاولة لحل المشكلات السلوكية بأسرع ما يمكن ، وذلك بضبط وتعديل السلوك المرضي المتمثل في الأعراض وتنمية السلوك الإرادى السوي لدى الفرد (حامد زهران أ ، ٢٠٠٥ ، ٢٣٧).

ويرتكز الإطار النظري للإرشاد السلوكي على قوانين بافلوف وواطسون في التعلم الشرطي الكلاسيكي ونظريات ثورندايك وكلارك هل وسكنر في التعزيز والثواب والعقاب ، وتشير النظرية السلوكية في الشخصية إلى أن الفرد في نموه يكتسب السلوك (السوي أو المرضى) عن طريق التعليم ، فالاضطرابات السلوكية هي استجابات شرطية متعلمة يمكن تعديلها من خلال إزالة المثيرات الناتج عنها الاستجابات.

ويرتكز العلاج السلوكي على مجموعة من الأسس مستمدة من النظرية السلوكية هي:

– معظم سلوك الإنسان متعلم سواءً كان سوي أو غير سوي ، أي أن تعديل السلوك يعتمد بالدرجة الأولي علي عملية تعلم أو إعادة تعلم Relearning ، أو تصحيح للتعلم الخاطئ.

– تحدد شخصية الإنسان من خلال العوامل البيئية فهي التي تحدد ما يتعلمه الفرد ، وكيف يسلك ، لذلك يهتموا بالعوامل البيئية السابقة واللاحقة للسلوك المطلوب ، فهمه وتفسيره وتعديله.

– يمكن استخدام مبادئ التعلم الاجتماعي مثل : التعزيز والنمذجة لتطوير أساليبه الإرشادية.

– تقيم فاعلية الإرشاد ونتائجه بالتغيرات التي تحدث في سلوكيات معينة خارج المقابلة الإرشادية.

– الإجراءات الإرشادية ليست ثابتة أو محددة مسبقاً لكن يمكن أن تصمم بطريقة معينة لمساعدة الفرد على حلّ مشكلة بعينها.

– السلوك المضطرب يكتسب نتيجة للتعرض للخبرات التي تؤدى إليه ومن ثم يحدث ارتباط شرطي بين هذه الخبرات والسلوك المضطرب.

– زملة الأعراض النفسية ينظر إليها كتجميع لعادات سلوكية خاطئة متعلمة.

– السلوك المرضى يمكن تعديله إلى سلوك سوى.

– يولد الفرد ولديه دوافع فسيولوجية أولية وعن طريق التعليم يكتسب دوافع جديدة ثانوية اجتماعية تمثل أهم حاجاته النفسية وقد يكون تعلمها غير سوى يرتبط بأساليب غير توافقية في إشباعها ومن ثم يحتاج الفرد إلى تعلم جديد.

– تركز النظرية علي الحتمية النفسية بمعني حدوث الاستجابة إذا تعرض الإنسان لمثير ما ، وأنه من الممكن التنبؤ بنوع الاستجابة (علاء كفافي ، ١٩٩٩، ٢٧٦– ٢٧٨ ؛ حامد زهران أ ، ٢٠٠٥ ، ٢٤١–٢٤٢).

واستخدم المعالجون أساليب العلاج السلوكي بشكل واسع في خفض السلوك الفوضوي وحقق نتائج فعالة فى خفض السلوك الفوضوي وما يصاحبه من تفاعلات غير مناسبة.

فقام Friman & Atman (1990) بدراسة هدفت إلى التعرف على فاعلية استخدام الآباء لأسلوب التعزيز التفاضلي للسلوك البديل في خفض السلوك الفوضوي ، وتكونت العينة من أب وأم لديهم طفل يعاني من التخلف العقلي والسلوك الفوضوي ، وتوصلت الدراسة إلى فاعلية استخدام الآباء لأسلوب التعزيز التفاضلي للسلوك البديل فى خفض السلوك الفوضوي لدى الأطفال ذوى التخلف العقلي.

وقام Madama & Jeff (1998) بدراسة هدفت إلى التعرف على فاعلية برنامج علاجي قائم علي التعزيز المتقطع في خفض السلوك الفوضوي لدى الأطفال ذوى التخلف العقلي ، وتكونت العينة من ٤٠ طفلة ، تراوحت أعمارهن بين ٩– ١٣ سنة ، وكشفت الدراسة عن فعالية البرنامج العلاجي في خفض السلوك الفوضوي.

وقام Reese, et al (1998) بدراسة هدفت إلى التعرف علي فعالية التعزيز التفاضلي للسلوك الآخر ، والاقتصاد الرمزي ، والتدريب علي الاسترخاء في خفض السلوك الفوضوي ، وتكونت العينة من طفل واحد متخلف عقلياً ، عمره ٣, ١٠سنوات ، وتوصلت الدراسة إلى فعالية البرنامج العلاجي في خفض السلوك الفوضوي ، واستمرت فعالية البرنامج بعد ٦ شهور من التطبيق.

وقام Comaty, et al (2001) بدراسة هدفت إلى التعرف علي فاعلية برنامج قائم علي الاقتصاد الرمزي في خفض الاضطرابات السلوكية لدى المتخلفين عقلياً ، وتكونت العينة من ١٠ أطفال ، تراوحت أعمارهم بين ٩– ١٣ سنة ، وتوصلت الدراسة إلى فاعلية البرنامج العلاجي في خفض السلوك الفوضوي.

وهدفت دراسة مصطفى سليمان (٢٠٠٢) إلى التعرف على فاعلية التعزيز التفاضلي وتكلفة الاستجابة فى خفض السلوك الفوضوي لدى تلاميذ المرحلة

الابتدائية ، وتكونت العينة من ٦٨ تلميذ (٣٨ تلميذ - ٣٠ تلميذة) من تلاميذ الصف الرابع ، وتوصل الباحث إلى فاعلية كل من التعرف على فاعلية التعزيز التفاضلي وتكلفة الاستجابة فى خفض السلوك الفوضوي.

وقام Lauth & Weiss (2003) بدراسة هدفت إلى التعرف على فاعلية برنامج قائم على فنيات التصحيح الزائد والتعزيز المادي والسلبي في خفض السلوك الفوضوي لدى طفل متخلف عقلياً ، عمره ١٠ سنوات ، وتوصلت الدراسة إلى فاعلية البرنامج في خفض السلوك الفوضوي ، واستمرت فعالية البرنامج بعد ١٠ شهور من التطبيق.

وقدم Michael (2010) برنامج إرشادي سلوكي في شكل دليل مطبوع للمعلمين يوضح لهم أساليب التعامل مع طلابهم ذوى السلوك الفوضوي ، وكان الدليل فعال في خفض السلوك الفوضوي لدى الطلاب.

وتوصلت دراسة Conyers et al (2004) إلى فاعلية كل من تكلفة الاستجابة والتعزيز التفاضلي للسلوك الأخر في خفض اضطرابات السلوك الفوضوي لدى أطفال ما قبل المدرسة الذكور والإناث.

العلاج السلوكي الطبي:

يستخدم العلاج السلوكي مصاحباً للعلاج الطبي لخفض السلوك الفوضوي ، حيث قام Reitman,et al (2001) باستخدام الاقتصاد الرمزي مصاحبا لعقار Methylpendate لخفض السلوك الفوضوي على عينة مكونة من ثلاثة أطفال من ٤-٧ سنوات ، وخلص الباحث إلى أن الاقتصاد الرمزي كان أكثر فاعلية في خفض السلوك الفوضوي لدى طفلين ، كما عمل على تدعيم فاعلية العقار.

ويستخدم علاج الأسنان Dental Treatment كطريقة لضبط السلوك الفوضوي بشرط أن يمتلك الطبيب المهارة والمعرفة بالأساليب السلوكية ، ويستخدم هذا الإجراء لان الأطفال يشعرون بالخوف أثناء علاج الأسنان سواء من عملية العلاج نفسها أو من الأدوات التي يستخدمها الطبيب ، وفى هذا الاتجاه قام Patrick, et al (2006) بدراسة عمل فيها على خفض السلوك

الفوضوي على عينة من الأطفال في المدى العمري من ٤-٧ سنوات ، وذلك أثناء علاج أسنانهم ، وخلُص إلى فاعلية التدخل الطبي السلوكي في خفض السلوك الفوضوي.

العلاج المعرفي:

يعتمد هذا المدخل على تدريب الأفراد على التفكير بطريقة مخالفة للسلوك المشكل وذلك باستخدام أساليب معينة مثل : التسجيل الذاتي Self-Recording التقييم الذاتي Self-Evaluation ، التقرير الذاتي Self-Reinforcement، التعليمات الذاتية Self-Instruction ، التدريب علي الضبط الذاتي Self-Control ، والتدريب القائم على العزو السببي Attribution Training ، رؤية الذات Self-Monitoring ، واستخدم الباحثون أساليب العلاج المعرفي في خفض السلوك الفوضوي ، حيث توصل Ardoin (2003) إلى فاعلية التدريب على التقييم الذاتي في خفض السلوك الفوضوي.

وتصلح الأساليب المعرفية في خفض اضطرابات الانتباه ، كما تستخدم هذه الأساليب مع الأطفال الذين يعانون من عجز نمائي ، بما فيهم الأطفال ذوى المشكلات التعليمية ، والمشكلات السلوكية ، وإصابات المخ ، والسلوكيات المرتبطة بأداء النشاط ، والطاعة ، وتقدير الذات ، والمهارات الاجتماعية (سعيد دبيس ، والسيد السمادونى ، ١٩٩٨ ، ٩٥).

ويمكن اعتبار التحسن المعرفي عامل وقائي للوقاية من الإصابة باضطراب العناد المتحدي والصعوبات الأكاديمية(Da Fonsec, et al 2010).

وتوصل Koegel, et al (1992) إلى فاعلية الضبط الذاتي Self-Management فى خفض السلوك الفوضوي.

وقام كل من سعيد دبيس والسيد السمادونى (١٩٩٨) بدراسة توصلا فيها إلى فاعلية التدريب على الضبط الذاتي في علاج اضطراب عجز الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد لدى الأطفال المتخلفين عقليا القابلين للتعليم.

العلاج المعرفي السلوكي :

ظهرت ثورة جديدة فى علم النفس والتي أطلق عليها الثورة المعرفية

ويتزعمها رواد المنظور المعرفى جورج كيلي G. Kelly ؛ وآرون بيك A. Beck؛ والبرت أليس A. Ellis ، وجوهر هذه الثورة قائم على أساس العلاقة الوثيقة بين المعرفة والانفعال والسلوك ، فهم ثلاثة مكونات لا ينفصلون (ممدوحة سلامة، ١٩٨٩ ، ٤٧).

ويعتمد على افتراض مؤداه أن السلوك التكيفي يمكن تغييره ، وأن هناك تفاعلاً بين أفكار الفرد ومشاعره وسلوكه ، فالتوجه الأساسي في هذا الإرشاد يتجه نحو فهم طبيعة ونمو الأنماط السلوكية للفرد المصاحبة لها في النواحي المعرفية ، وهي مجموعة المعارف والمعتقدات والاستراتيجيات التي توظف المعلومات بطريقة تكيفيه (إبراهيم علي ، ١٩٩٧ ، ٣٠ – ٣١).

وظهر هذا الاتجاه نتيجة لعدة عوامل هي :

– كرد فعل للانتقادات الموجة للمدرسة السلوكية بأنها ركزت على تغيير السلوك فقط دون الاهتمام بالنواحي المعرفية للعميل.

– تزايد الاهتمام بدراسة العمليات المعرفية وعلاقتها بالوظائف النفسية.

– جهود بعض العلماء والمفكرين مثل « بياجيه « الذي ربط بين النمو العقلي والنمو الخلقي والثورة العلمية والتكنولوجية (محمد الشناوي ، محمد عبد الرحمن ، ١٩٩٨ ، ٢١١– ٢١٢).

– وكذلك عدم اهتمام الإرشاد السلوكي بالدوافع الداخلية للفرد وأفكاره ومدركاته ومشاعره وخبراته السابقة (فيصل الزراد ، ٢٠٠٥ ، ٤).

ويعرف العلاج المعرفي السلوكي بأنه كل المداخل التي من شأنها أن تخفف الكرب النفسي عن طريق تصحيح المفاهيم الذهنية الخاطئة والإرشادات الذاتية المغلوطة ، ولا يعنى التأكيد علي التفكير أن نغفل أهمية الاستجابات الانفعالية التي هي المصدر المباشر للكرب بصفة عامة وإنما ينبغي ببساطة أن نقارب انفعالات الشخص من خلال معرفته أو عن طريق تفكيره وبتصحيح الاعتقادات الباطلة يمكننا أن نغير الاستجابات الانفعالية الزائدة وغير المناسبة (آرون بيك ، ٢٠٠٠ ، ١٧٢).

ويعتمد العلاج المعرفي السلوكي على صياغة مشكلة المريض وتنقيحها

بصورة مستمرة ضمن الإطار المعرفي ، ويعتمد المعالج في صياغة مشكلة المريض على عوامل متعددة مثل : تحديد الأفكار الحالية للمريض (أنا فاشل لا أستطيع عمل أي شيء كما ينبغي)، والأفكار التي تساهم في استمرار الوضع الانفعالي للمريض والتعرف على السلوكيات غير المرغوب فيها. ثم التعرف على العوامل المرسبة التي أثرت على أفكار المريض عند ظهور المرض مثل : (حادثة محزنة، تغير شيء مألوف) وبعد ذلك التعرف على الأسلوب المعرفي الذي يفسر من خلاله المريض الحوادث التي يتعرض لها مثلاً (عزو النجاح للحظ ولوم النفس على الفشل) .ثم يقوم المعالج بصياغة المشكلة في الجلسات الأولى ولكنه يستمر في إجراء تعديلات عليها كلما حصل على معلومات جديدة (حمدان فضة، وسليمان أحمد ٢٠٠٧ ، ٩٠٠).

ويستند الإرشاد المعرفي السلوكي على مجموعة من المبادئ تمثل أساس الاتجاه المعرفي السلوكي تتضمن المرشد والمسترشد والعملية الإرشادية وما يرتبط بكل منها من جوانب وتتمثل تلك المبادئ فيما يلي :

- يتطلب العلاج المعرفي السلوكي وجود علاقة علاجية جيدة بين المعالج والمريض تجعل المريض يثق في المعالج ، ويتطلب ذلك قدرة المعالج على التعاطف والاهتمام بالمريض ، وكذلك على الاحترام الصادق وحسن الاستماع.
- يشدد العلاج المعرفي السلوكي على أهمية التعاون والمشاركة النشطة.

العمل كفريق يشترك في وضع جداول عمل للجلسات وفي إعداد الواجبات المنزلية التي يقوم بها المريض بين الجلسات.

- يسعى المعالج إلى تحديد أهداف معينة، يسعى لتحقيقها وحلّ مشكلات محددة.
- يركز العلاج المعرفي السلوكي على الحاضر. حيث يتم التركيز على المشكلات الحالية ، وعلى مواقف معينة تثير القلق لدى المريض. ومع ذلك فقد يتطلب الأمر الرجوع إلى الماضي في حالة : رغبة المريض الشديدة في القيام بذلك ، وعدم حدوث تغير يذكر في الجوانب المعرفية والسلوكية والانفعالية ،

وعندما يشعر المعالج بأن هناك حاجة لفهم الكيفية التي تطورت بها الأفكار غير الفعالة لدى المريض.

- العلاج المعرفي السلوكي علاج تعليمي، يهدف إلى جعل المريض معالجًا لنفسه ، كما أنه يهتم كثيرًا بتزويد المريض بالمهارات اللازمة لمنع عودة المرض بعد التحسن (الانتكاس).

- العلاج المعرفي السلوكي علاج مكثف قصير المدى. فيتم علاج معظم الحالات في مدة تتراوح ما بين ٤ - ١٢ جلسة و قد يستمر إلى فترة أطول من ذلك.

- تتم الجلسات في العلاج المعرفي السلوكي وفق جدول عمل محدد يحاول المعالج تنفيذه ، للتعرف على الوضع الانفعالي للمريض ؛ ويطلب من المريض تقديم ملخص لما حدث خلال الأسبوع الماضي ؛ إعداد جدول أعمال الجلسة (بالتعاون مع المريض) ؛ التعرف على رد فعل المريض حول الجلسة السابقة؛ مراجعة الواجبات المنزلية ؛ تقديم ملخصات لما تم في الجلسة بين الحين والآخر؛ ثم أخذ رأي المريض فيما تم في نهاية الجلسة.

- يعّلم العلاج المعرفي السلوكي المريض كيف يتعرف على الأفكار والاعتقادات غير الفعالة وكيف يقوّمها ويستجيب لها.

- يستخدم العلاج المعرفي السلوكي فنيات متعددة لإحداث تغييرات في التفكير، المزاج ، والسلوك.

- يستخدم في العلاج المعرفي السلوكي بالإضافة إلى الفنيات المعرفية الأساسية مثل الأسئلة الجدلية (السقراطية) والفنيات السلوكية.

- يؤكد العلاج المعرفي السلوكي على أن يكون المعالج صريحًا مع المريض ويناقش معه وجهة نظره (المعالج) حول المشكلة (الصياغة) ، ويعترف بأخطائه ، ويسمح للمريض بمعارضته. وعدم القيام بذلك يتعارض مع الطبيعة التعاونية بين المعالج والمريض التي يركز عليها العلاج المعرفي السلوكي.

- يركز المعالج المعرفي السلوكي بصورة عامة على التعامل مع أعراض الاضطراب النفسي الذي يعاني منه المريض أكثر من تركيزه على العوامل التي

تعزي إليها هذه الأعراض (حمدان فضة وسليمان أحمد ، ٢٠٠٧ ، ٩٠١ - ٩٠٢).

ويهدف العلاج المعرفي السلوكي إلى التعرف على الأفكار المتكررة وغير التكيفية والاتجاهات المختلة وظيفياً ، ومساعدة المسترشد على تصحيح التصورات والإدراكات الخاطئة ، واستئصال الأفكار غير الملائمة ، وتعزيز التفكير الواقعي ، وزيادة الدافعية لأداء الواجبات المنزلية والتدريبات المصححة لتنمية مهارات وأفكار موجبة ، وإعادة بناء تفكيرهم عن طريق إدراكهم للعمليات الفكرية وزيادة الوعي بالذات لما له دور مهم في تصحيح أخطاء التفكير ، وتكوين رؤية أكثر موضوعية نحو الموقف (إبراهيم على ، ١٩٩٧ ، ٣١١).

وبناءً على ما سبق يعتمد هذا المدخل على دمج الفنيات السلوكية والمعرفية معاً ، وفى هذا المجال قام العديد من الباحثين باختبار فنيات العلاج السلوكي المعرفي مع الأطفال ذوى اضطرابات السلوك الفوضوي ، ونعرض هنا بعضاً منها.

قامت ابتسام السطيحة (١٩٩٧) بدراسة هدفت فيها إلى التعرف على فاعلية العلاج السلوكي المعرفي والتعلم بالملاحظة في تعديل خصائص الأطفال مضطربي الانتباه ، وتكونت العينة من ٣٠ طفلاً في المدى العمري من ٨,٩ - ١٢ سنة ، وخلصت الباحثة إلى فاعلية العلاج السلوكي المعرفي والتعلم بالملاحظة في تعديل خصائص الأطفال مضطربي الانتباه.

وقام Frolich, et al (2002) بدراسة هدفت إلى التعرف على فاعلية العلاج السلوكي المعرفي وتدريب الآباء في خفض السلوك الفوضوي ، وتكونت العينة من ١٨ طفل من ذوى اضطراب الانتباه وأبائهم ، وكان المدى العمري للأطفال بين ٩- ١١ سنة ، واعتمد البرنامج السلوكي المعرفي على فنيات الضبط الذاتي والتعليمات الذاتية ، وكشفت الدراسة عن فاعلية الأسلوبين في خفض السلوك الفوضوي وتحسين الانتباه وانخفاض المشكلات المدرسية والسلوك الشاذ في المنزل والمدرسة .

وهدفت دراسة كل من ميادة الناطور وجهاد القرعان (٢٠٠٨) إلى التعرف

على أثر برنامج سلوكي معرفي في معالجة الأعراض الأساسية لاضطراب ضعف الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ، واعتمدت الدراسة على فنيات مراقبة الذات Self-Monitoring والتعليم الذاتي Self-Instruction ، وتكونت العينة من ١٠٠ طالب من تلاميذ الصف الرابع والخامس والسادس بالأردن، وتوصل الباحثان إلى فاعلية برنامج سلوكي معرفي في معالجة الأعراض الأساسية لاضطراب ضعف الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد.

وكان العلاج المعرفي السلوكي في تحسين الأداء الأكاديمي لدي عينة من الأطفال ذوى اضطراب العناد المتحدي ، في المرحلة العمرية من ٨- ١١ سنة (Da Fonsec, et al2010).

التدريب على المهارات الاجتماعية:

تلعب المهارات الاجتماعية دوراً مهماً في حياة الطفل والإنسان بصفة عامة ، فعن طريقها يتفاعل الإنسان مع الآخرين ، ويحقق ذاته ويكتشف المجتمع من حوله ، ويندمج فيه ، وتُمكنه المهارات الاجتماعية من التنفيس عن رغباته وتطلعاته بطريقة مناسبة ، فالمهارات الاجتماعية هي الأداة التي يتفاعل بها الطفل داخل الأسرة وخارجها في جو من الحب والألفة ، وهي التي تحقق له النجاح داخل المدرسة والعمل والمجتمع ، وتعمل على تخفيف حدة الاضطرابات السلوكية والنفسية التي تصاحب القصور فيها ، أي تعمل علي تحقيق التوافق التام للإنسان (أحمد أبوزيد ، ٢٠١١، ٤٣).

ويدأ الاهتمام بدراسة التفاعل الاجتماعي كجوهر دراسة المهارات الاجتماعية في الخمسينات من هذا القرن حيث كان ظهور حركة تعديل السلوك ، وكان الباحثون ينظرون إلى السلوك المشكل Problematic كأمثلة للتعلم الخاطئ أو الناقص أو غير الملائم ، وقد هدفت جهود تعديل السلوك الأولى إلى تقليل أشكال السلوك الغريب Bizarre والمضطرب Disturbed وتعليمهم المهارات الضرورية ، ثم كانت جهود « جوزيه فولبى « عام ١٩٥٨ حيث قدم أسلوب التسكين المنظم Systematic Desensization الذى يستخدم في علاج القلق والمخاوف معتمداً على نظريات التعلم. وظهرت نظرية التعلم الاجتماعي والتي

انطلقت منها مختلف الأساليب التي استخدمت بفاعلية في برامج تنمية المهارات الاجتماعية (معتز عبيد ، ٢٠٠٨ ، ٦٨).

وتمثل مهارات التفاعل الاجتماعي مدى واسع من السلوكيات الاجتماعية اللازمة للتواصل والمشاركة مع الآخرين ، ولا تقتصر مهارات التفاعل الاجتماعي على المهارات البسيطة مثل الاستماع والتحدث بل أيضا المهارات المعقدة مثل تفسير وقراءة الرموز الاجتماعية والاستجابة بطريقة ملائمة لسلوكيات الآخرين، فهم واستخدام الأساليب الاجتماعية الملائمة لمواقف اجتماعية معينة وبناء صدقات وعلاقات حميمة مع الآخرين (عبد الرقيب البحيري ، ٢٠٠٥ ، ٣٦٩).

وتعرف المهارات الاجتماعية بأنها توظيف معرفي وسلوكيات لفظية وغير لفظية يقوم بها الفرد في تعامله مع الآخرين(Dianne, et al, 2002).

وتعرف المهارات الاجتماعية بأنها مجموعة السلوكيات الاجتماعية التي يكتسبها الطفل ويحقق عن طريقها التكيف والتفاعل الإيجابي مع البيئة المحيطة به في إطار يرتضيه المجتمع (أحمد أبوزيد ، ياسر عبد الله ، ٢٠٠٩ ، ٩٤).

وربط بعض الباحثين بين القصور في المهارات الاجتماعية وبعض الاضطرابات السلوكية والوجدانية ، فيري عبد المنعم حسيب (٢٠٠١ ، ١٢٤) أن هناك ارتباطاً بين القصور في المهارات الاجتماعية واضطرابات اليأس والاكتئاب والشعور بالوحدة النفسية.

وأرجعت سهير كامل (٢٠٠٢ ، ٢٣٤ - ٢٣٥) عدم التوافق الاجتماعي والنفسي لدي الأطفال إلي القصور في المهارات الاجتماعية ، وأوصت بضرورة إكساب الأطفال مهارات التعاون والمشاركة والاستقلال وتحمل المسؤولية.

وتوصل أحمد أبوزيد (٢٠٠٣) إلي أن القصور في المهارات الاجتماعية يرتبط باضطرابات الانتباه سواء المصحوبة بالنشاط الزائد أو غير المصحوبة بالنشاط الزائد.

وأظهرت نتائج الدراسات أن كل من الاكتئاب والعدوان والسلوك الانسحابي وانخفاض دافعية الذات يرتبط بالقصور في المهارات الاجتماعية (إيمان فؤاد وهشام إبراهيم ، ٢٠٠٧ ، ٧٥- ٧٧).

وتبين أيضاً أن أنواعاً كثيرة من الاضطرابات السلوكية بين الأطفال - بما فيها الاضطرابات العصبية والذهنية والسيكوفزيولوجية - يصاحبها قصور واضح في المهارات الاجتماعية (عبد الستار إبراهيم وآخرون ، ١٩٩٣ ، ١٠٤ - ١٠٥).

ويميل ذوى القصور في المهارات الاجتماعية إلي تطوير المشكلات السلوكية في المدرسة ، وأكثر احتمالاً للفشل في المدرسة ، كما تنمو لديهم العديد من الاضطرابات ، فضلاً عن الاضطرابات الأخرى المصاحبة للقصور في المهارات الاجتماعية (Heiman & Margalit 1998-155).

ويتصف من تنقصهم المهارات الاجتماعية بأنهم يقحمون أنفسهم ويتطفلون علي الآخرين بالأسئلة وحين يتكلمون لا يقولون إلا كلاماً فارغاً وسطحياً ، ويتسمون بالإحباط ، وأنهم ضعفاء ومكتئبون ومهملون ، فضلا عن ذلك فهم يعانون من العزلة الاجتماعية ، وفي الفصل يسئ فهم معلمه والاستجابة له (دانييل جولمان ، ٢٠٠٠ ، ١٧٧ - ١٧٩).

وأكد كل من Choi & Kim (2003) أن القصور في مهارات التفاعل الاجتماعي والذي يترتب عليه انخفاض تقبل الأقران يؤدى إلي أن الأطفال يصدرون أنماطاً سلوكية اجتماعية غير سوية كما أن معالجتهم للمعلومات معالجة خاطئة.

وتستخدم المهارات الاجتماعية كنوع من العلاج يقدم للأفراد الذين يحتاجون للتغلب على المعوقات الاجتماعية أو على عدم الفاعلية والكفاءة (جابر عبد الحميد ، وعلاء كفافي ، ١٩٩٥ ، ٣٦١٧ - ٣٦١٨).

ويولى المعالجون السلوكيون المعاصرون اهتماماً خاصا بتدريب الطفل على المهارات الاجتماعية بما فيها القدرة على التفاعل والتحدث مع الأطفال الآخرين ، والدخول في عمليات البيع والشراء ، فضلا عن تدريبه على ممارسة بعض المهارات الاجتماعية الضرورية لتكوين صلات اجتماعية طويلة المدى بما فيها تدريب الطفل على الاحتكاك البصري وتبادل التحية والمناقشات والأحاديث (عبد الستار إبراهيم وآخرون ، ١٩٩٣ ، ١١١).

ويؤكد التراث السيكولوجي على ضرورة الاهتمام بتصميم البرامج لتنمية المهارات الاجتماعية والتدريب عليها ، وعلى أهمية إدماج ومشاركة الأطفال والمراهقين في مختلف الأنشطة الأكاديمية والاجتماعية خارج وداخل المؤسسات التربوية ، لتحقيق أعلى مستوى ممكن من النمو الاجتماعي والصحة النفسية للأبناء (عبد المنعم حسيب ، ٢٠٠١ ، ١٢٤).

ويتضح مما سبق أهمية مدخل التدريب على المهارات الاجتماعية كأسلوباً علاجياً فعالاً في تعديل السلوك الإنساني وذلك لما يبديه الأطفال المضطربين من مشكلات في التفاعل الاجتماعي مع الآخرين تعوق تكيفهم في البيئة الاجتماعية لذلك قام الباحثون بتصميم برامج للتدريب على المهارات الاجتماعية للأطفال المضطربين لأنه من المفترض أن تدريب الأطفال على المهارات الاجتماعية سوف يقلل من التصادم ، وبالتالي سوف يمنع نمو المشكلات الناجمة من هذه التصادم (وقائي) أو يعدل التفاعلات الغير المناسبة الحالية (علاج).

ويمكن تلخيص أهميه التدريب علي المهارات الاجتماعية كمدخل علاجي في النقاط الآتية :

- يعمل التدريب علي المهارات الاجتماعية علي خفض العديد من الاضطرابات النفسية الوجدانية مثل : الاكتئاب ، والشعور بالوحدة النفسية ، والقلق ، والاكتئاب ، والخجل ، والانطواء.
- يعمل التدريب علي المهارات الاجتماعية علي خفض العديد من الاضطرابات السلوكية مثل : النشاط الزائد ، والعناد المتحدي ، واضطراب السلوك أو المسلك .
- يعمل التدريب علي المهارات الاجتماعية علي تحسين التفاعل ، وزيادة النمو الاجتماعي السوي ، وتحقيق مستوي عال من الكفاءة والفاعلية الاجتماعية.
- يعمل التدريب علي المهارات الاجتماعية علي تحقيق مستوي عال من الصحة النفسية (أحمد أبوزيد ، ٢٠١١ ، ٥٥ - ٥٦).

وكشف العديد من الباحثين أن الأطفال ذوى السلوك الفوضوي لديهم قصور في المهارات الاجتماعية ، وأن هذا القصور يرتبط ارتباطاً قوياً بالسلوك

الفوضوي لدى الأطفال (Van–Goozen2002) ، فكان من الضروري تصميم برامج علاجية تعتمد على التدريب على المهارات الاجتماعية لأنه من المتوقع أن تعليم الأطفال ذوى السلوك الفوضوي تلك المهارات سوف يحسن تفاعلهم الاجتماعي ويقلل السلوك الفوضوي لديهم والذي سوف ينعكس على التحسن في المهام الأكاديمية ، ويقلل صعوبات التعلم لديهم ، ويعمل على انتظامهم بالمدرسة ، أي تقليل كافة الاضطرابات والمشكلات المصاحبة للسلوك الفوضوي(Vitaro,et al 1999,210).

ويتم تدريب الأطفال ذوى السلوك الفوضوي على زيادة مهارات معينة من السلوك الاجتماعي ، من خلال التدريب في جلسات فردية أو جماعية ، وينصب التركيز بالفعل على تحسين مهارات السلوك الاجتماعي مثل التعبير من المشاعر، والمشاركة والتعاون ، والبدء بالمحادثة والتوكيدية (محمد عبد الرحمن ومنى على، ٢٠٠٣ ، ٢٧٠).

ونظرا لما يعانيه الأطفال ذوى السلوك الفوضوي من نقص في المهارات الاجتماعية قام العديد من الباحثين بتصميم برامج للتدريب على المهارات الاجتماعية تختلف باختلاف الحالات وطبيعة السلوك المشكل وشدته.

فقام (1999) Debra,et al باختبار فاعلية برنامج التدريب على المهارات الاجتماعية لخفض السلوك الفوضوي ، على عينة مكونة من ٢٤ طفل من الذكور والإناث ، وتوصل الباحث إلى فاعلية التدريب على المهارات الاجتماعية فى خفض السلوك الفوضوي.

وقارن (2002) Wolter بين التدريب الفردي والتدريب الجماعي على المهارات الاجتماعية ، وذلك للتوصل إلى الأسلوب الأفضل في خفض السلوك الفوضوي ، وتكونت العينة من ٦٠ طفلاً في المدى العمري من ٧– ١٢ سنة ، وخلُص الباحث إلى أن التدريب على المهارات الاجتماعية بطريقة جماعية أفضل في خفض السلوك الفوضوي.

وهدفت دراسة (2005) Sukhodolsky, et al إلى التعرف على فاعلية برنامج التدريب على المهارات الاجتماعية والتدريب على حل المشكلة في

خفض السلوك الفوضوي والغضب والعدوان ، وتكونت العينة من ٢٦ طفلاً من الذكور بمستوى عمرى قدره ٩,٦ سنة ، واعتمد برنامج التدريب على المهارات الاجتماعية على فنيات التعزيز والنمذجة ، وتوصلت الدراسة إلى فاعلية الأسلوبين في خفض السلوك الفوضوي ، ولا يوجد فرق بين الأسلوبين في الأثر العلاجي ، كما استمرت فاعلية البرنامج بعد ٣ شهور من التطبيق.

وهدف كل من أحمد أبوزيد وياسر حفني (٢٠٠٩) إلى التعرف على مدى فاعلية برنامج للتدريب على المهارات الاجتماعية في خفض بعض الاضطرابات السلوكية والوجدانية ومن بينها الاضطرابات السلوكية والنشاط الزائد لدى عينة من الأطفال الصم ، وتكونت العينة من ١٧ طفلاً وطفلة في المدى العمرى من ٩- ١٢ سنة بمتوسط عمري قدره ١٣, ١٠ سنة ، وتوصل الباحثان إلى فاعلية برنامج التدريب علي المهارات الاجتماعية في خفض بعض الاضطرابات السلوكية والوجدانية لدى عينة الدراسة الحالية ، واستمرت فاعلية البرنامج بعد شهر من التطبيق الأول.

واستخدم بعض الباحثين فنيات العلاج السلوكي مصاحبة للتدريب على المهارات الاجتماعية وذلك لتحقيق أقصى استفادة.

التدريب الوالدي :

تعتبر الأسرة هي البيئة التي ينمو فيها الطفل ويتشرب عاداتها وتقاليدها، وهي التي تتعهده وترعاه حتى يصبح شاباً راشداً قادراً على القيام بأدواره الاجتماعية ، والأسرة أقدر من أي معالج على معالجة سلوكيات أبنائها ، لأنها الأقدر على ملاحظتها وتقيمها ، ولأن مدة بقائها مع الطفل أطول مما يقضى أي معالج ، لذلك يعد تدريب وإعداد الآباء باعتبارهما العمود الفقري في أية أسرة - بالمهارات والمعارف الهامة- والتي يمكن من خلالها التعرف على السلوكيات الشاذة التي يعانى منها أطفالهم وتقيمها وضبطها ، لذلك يعد التدريب الوالدي من الأساليب العلاجية الهامة في خفض الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال وخصوصاً المتخلفين عقلياً ، والذين يحتاجون إلى رعاية وجهد خاص ، يكون الآباء أنفسهم أقدر على القيام به من غيرهم (أحمد أبوزيد ، ٢٠١١ ، ٦٧).

ويبدو أن النتائج الفعلية كانت وراء حماس المعالجين السلوكيين للقيام بهذا النوع من التدريب ، فيذكر كل من « جولدنبرج وجولدنبرج » أنه طوال العقدين السابقين - السبعينات والثمانينيات- وجه قدرٌ كبيرٌ من الانتباه إلى تدريب الآباء أنفسهم على الفنيات والمبادئ السلوكية حتى يستطيعوا أن يطبقوها في منازلهم مستخدمين اتصالهم اليومي بالطفل ، ليقوموا بدور العامل الفعال في إحداث التغير في سلوك الطفل لاكتساب السلوك المرغوب فيه والإقلاع عن السلوك غير المرغوب فيه ، ويعتمد مدخل التدريب الوالدي على التطبيق العملي لنموذج التعلم الاجتماعي داخل الأسرة ، خاصة فيما يتعلق بمعاملة الوالدين للطفل ، ويهدف إلى تغير السلوك غير المرغوب فيه عند الأبناء ، ويعتقد مصمموا هذه البرامج ومنفذوها أن تدريب الآباء على الأساليب السلوكية الجديدة تعديل لاتجاهات الآباء الخاطئة ، ويبقى على الآباء أن ينقلوا هذه الأساليب الجديدة إلى أطفالهم (علاء كفافي ، ١٩٩٩ ، ٣٠٥- ٣٠٦).

ويستخدم التدريب السلوكي للوالدين على نطاق واسع نوعاً ما ، وكان هذا التدريب موضوعاً لكثير من الدراسات ، ولهذا الفرع من التدريب استخدامات محددة ، فالنسبة لبعض الأسر التي تكون المشكلات السلوكية الموجودة لدى أبنائها حادة ومنحرفة جداً لدرجة تجعل من تدريب الوالدين كنوع من أنواع التدخل مفيد جداً (سيلجمان ، ودار لينج ، ٢٠٠١ ، ٣١٢).

ويعمل هذه النوع من التدريب على تمكين المتدرب من التحرر من الأنماط السلوكية الجامدة والخاطئة أو تعديلها من خلال تنمية مصادره وإمكاناته الشخصية إلى أقصى ما يمكنها بلوغه واكتساب مهارات شخصية واجتماعية وأنماط جديدة ملائمة للتعامل بطريق أكثر فعالية مع نفسه وبيئته ، والضغوط الموقفية اليومية الحاضرة (عبد المطلب القريطي ، ٢٠٠٥ ب ، ٧١).

واستخدام الآباء كمدربين يجعل من السهل على الأطفال أن يسلكوا السلوك الجديد الذي تعلموه مباشرة من الآباء ، وليس عليهم أن ينقلوا سلوكا تعلموه من المعالج في العيادة أو المركز الإرشادي إلى المنزل (علاء كفافي ، ١٩٩٩ ، ٣٠٧).

ويشير التدريب الوالدي إلى الاعتماد على أحد الوالدين أو كليهما في القيام بدور المعالج أو المرشد بعد تدريبه ، وتزويده بالمعارف والمهارات الخاصة بالسلوك المشكل عند الطفل بهدف تدريب أو تعديل سلوك طفله الشاذ (أحمد أبوزيد ، ٢٠١١، ٧٠).

ويعد التدريب الوالدي أحد المداخل العلاجية الهامة التي لاقت نجاحاً كبيراً في الآونة الأخيرة في تعديل السلوك الإنساني ويقوم الآباء في هذا المدخل بدور المعالج بعد تزويدهم بالمهارات والمعارف اللازمة للسلوك المشكل ، ويوجد اهتمام خاص لاستخدام العلاج الأسري في خفض السلوك الفوضوي لدى الأطفال وذلك من خلال تدريب الآباء على المهارات الوالدية اللازمة لارتباط النقص فيها بالصعوبات السلوكية لدى الأطفال(Mackay,etal 1999,396).

وتركز الجهود العلاجيــة التي تستهدف آباء الأفراد ذوى الســلوك الفوضوي على التعــاون وتشجيــع الآبــاء ليعمــلوا علــى صــياغة مــواقف أبنائهم في تفاعلات أسـريه نـاجـحة وكـذلك ضـبط سـلوكهم الفوضوي(Nicholas 2003,1886).

ويستخدم التدريب الوالدي في خفض السلوك الفوضوي بشكل واسع، حيث يفترض أن علاقة الآبـاء الجيدة مع الطفل سوف تسهل عملية التعلم وضبط السلوك الاندفاعي والمعارضة والعدوان وبالتالي يقل السلوك الفوضوي والتصادم السلبي في التكامل الاجتماعي ، وخلال أربعين سنة ماضية تركزت البرامج العلاجية الخاصة بالتدريب الوالدي على أسر الأطفال ذوى السلوك الفوضوي (أحمد أبوزيد ، ٢٠١١ ، ٧٣).

وتوصل العديد من الباحثين إلى فعالية التدريب الوالدي لآباء الأطفال ذوى السلوك الفوضوي في خفض السلوك الفوضوي لدى أطفالهم (Lin، et al2003 Maunda2004).

وأظهرت نتائج دراسة (1989) Cantwellأن نجاح الطفل ذي النشاط الزائد يتطلب الرعاية الكاملة من الأسرة من خلال تعليم الوالدين (نبيل السيد ، ١٩٩٦ ، ١٨٢).

ويسعى برنامج التدريب الوالدي أيضاً إلى تحقيق أهداف محددة تتضمن ما يلي :-

- تدريب الآباء على توجيه ومساعدة جهود الطفل ليتحمل ويتغلب على صعوباته الاجتماعية.

- تدريب الآبـاء على التفاعل والتحدث مع الطفل بالطرق المشجعة والمساعدة لا بالطرق المخيفة .

- تدريب الآباء على مساعدة الطفل في وضع أهداف محددة اجتماعية لنفسه.

- تدريب الآباء على مساعدة الطفل على اكتساب المهارات الاجتماعية العامة والتي تكون في متناول الأقـران في المواقف الحـقيقية (أحمد أبوزيد ، ٢٠١١ ، ٧٥).

- ويهدف أيضاً إلى ضبط سلوك الأطفال وزيادة قدرة الآباء على الملاحظة والاستجابة بطريقة مناسبة لسلوك الطفل في البيئة المناسبة وفى الموقف المناسب (Kutcher, et al 2004-19).

ويلخص(Susan & Candace 1996-61)الفنيات المستخدمة في برامج التدريب الوالدي ، والتى تتمثل في : النمذجة ولعب الدور ، والكتيب المطبوع، واستخدم (1999) Mckay, et al التعليمات اللفظية والنمذجة والتكرار.

وتوصـل (2000) Hursh, et al إلى أن أكثر الطرق التدريبية فاعلية هي : تقديم المعلومات من خلال المحاضرات والأدلة التدريبية المكتوبة ، والإيضاحات من خلال لعب الدور ، والممارسات السلوكية والتغذية الراجعة.

ويعتمد عدد المشاركين في البرنامج على المكان ، فالمكان الضيق يسع ما بين ٦- ٨ من الآباء ، ويزيد العدد عن ذلك في الأماكن المتسعة وتشمل الجلسة التدريبية حوالي ١٥ دقيقة للتقديم والتصحيح ، وحوالي ١٥ - ٣٠ دقيقة للتوجيه التعليمي والتعلم بالنمذجة وأداء الأدوار ، وحوالي ٣٠- ٤٥ دقيقة لمناقشة وممارسة المهارات التي يتم تقديمها في الجلسة ، مع اعتبار راحة قصيرة للمناقشة ، واعتبار مشكلات الآباء وهمومهم ، ويتسم تدريب الآباء في هذا

المجال على فنيات إدارة السلوك لتقليل السلوك المضطرب للطفل ولزيادة السلوك الإيجابي عنده ، كما يتم تدريب الآباء أيضا على الاشتراك في أنشطة اللعب الموجه للطفل وأنشطة بناء المهارات ويستمر التأثير العلاجي إلى أربعة سنوات ونصف بعد التدخل ويكون أكثر فعالية لدى أطفال الروضة والمرحلة الابتدائية ، في حين لم يكن كذلك مع المراهقين (محمد عبد الرحمن ، ومنى على ، ٢٠٠٣، ٢٦٩- ٢٨٦).

وتختلف الأساليب والفنيات المستخدمة في هذا المدخل باختلاف السلوك المشكل فقام Mckay, et al (1999) بتصميم برنامج للتدريب الوالدي ، تكون من ١٦ جلسة وتضمن البرنامج موضوعات عن « قدرات الأسرة – الأدوار –المسئوليات – العلاقات – الاتصال – توتر الأسرة» ، واعتمد البرنامج على فنيات « المناقشة والمحاضرة والواجب المنزلي « ، وقام بتطبيق البرنامج على عينة مكونة من ٤٢طفلاً وآبائهم ، موزعين علي مجموعه تجريبية ومجموعة ضابطة وكان متوسط عمر الأطفال ٩ سنوات وخلُص الباحث إلى أن البرنامج كان فعالا في خفض السلوك الفوضوي.

وقام (1990) Friman&Atmanبتدريب أب وأم على استخدام أسلوب التعزيز التفاضلي للسلوك البديل لخفض السلوك الفوضوي لدى طفلهم الذي يعانى من التخلف العقلي والسلوك الفوضوي وكان التدريب فعالاً.

وهدفت دراسة Hinshaw, et al (2000) إلى التعرف على فعالية التدريب الوالدي والعلاج السلوكي في خفض السلوك الفوضوي ، وتكونت العينة من ٥٧ طفل وآبائهم ، تراوحت أعمارهم بين ٧- ٩,٩ سنة ، وتوصلت الدراسة إلى فعالية برنامج التدريب الوالدي في خفض السلوك الفوضوي ، كما ارتبط الأثر العلاجي بانخفاض الممارسات السلبية التي يمارسها الآباء مع الأبناء، وانخفاض السلوك الفوضوي في المدرسة كان مرتبط بانخفاض السلوك الفوضوي في المنزل ، وعمل برنامج العلاج السلوكي المطبق علي الأطفال في المدرسة علي تحسين المهارات الاجتماعية أكثر من برنامج التدريب الوالدي.

وهدفت دراسة August, et al (2003) إلى التعرف على فعالية كل

من برنامج التدريب الأسرى وبرنامج المدرسة الصيفي في خفض خصائص السلوك الفوضوي ، وتكونت العينة من ٣٠ طفلاً وآبائهم ، وكان المدى العمري للأطفال بين ٦– ٨ سنوات ، توصلت الدراسة إلي فاعلية الأسلوبين في خفض السلوك الفوضوي والعدواني ، وكان التدريب الأسري أفضل في خفض السلوك العدواني.

وقام Nicholas (2003) بدراسة هدفت إلي التعرف علي فعالية برنامج تدريب الآباء في خفض السلوك الفوضوي لأبنائهم ، وتكونت العينة من ٢١ مراهقاً وآباءهم ، موزعين إلي مجموعة تجريبية ومجموعة ضابطة ، وتوصلت الدراسة إلي فعالية البرنامج في خفض السلوك الفوضوي لدي الأبناء بعد التطبيق وزيادة التفاعل الوالدي.

وهدفت دراسة Lin،et al (2003).إلي التعرف علي فعالية التدريب الوالدي في خفض السلوك الفوضوي ، وتكونت العينة من ١٤ طفلاً قوقازياً وآبائهم ، وكان المدى العمري للأطفال بين ٣– ٦ سنوات ، وتوصلت الدراسة إلي فاعلية البرنامج في خفض السلوك الفوضوي.

ولتحقيق أقصى درجة من التوافق أضاف الباحثون عنصر التدريب الوالدي إلى التدريب علي المهارات الاجتماعية وفي هذا يتم تدريب الأطفال على المهارات الاجتماعية من قبل المعالج وتدريب آبائهم وبذلك يتم استخدام الأسلوبين معا لنفس السلوك المشكل ونفس العينة.

فقام Maunda (2004) بالتعرف على مدى فاعلية برنامج قائم علي تدريب الآباء وأطفالهم في خفض السلوك الفوضوي لدى خمسة مراهقين وآبائهم، وكان هذا المدخل فعالاً في خفض السلوك الفوضوي.

وهدفت دراسة Vitaro،et al (1999).إلي التعرف علي مدي فعالية برنامجي التدريب علي المهارات الاجتماعية والتدريب الوالدي في خفض السلوك الفوضوي ، وتكونت عينة الدراسة من ١٤٩ طفلاً من الذكور من تلاميذ المرحلة الابتدائية وآبائهم ، واعتمد برنامج التدريب علي المهارات الاجتماعية علي فنيات التعليمات اللفظية والتعزيز الموجب والنمذجة والتكرار السلوكي ، بينما اعتمد

برنامج التدريب الوالدي علي فنيات والمناقشة والحوار والمحاضرة ، وكان يهدف برنامج التدريب الوالدي إلي تعليم وتدريب الآباء علي كيفية إعاقة السلوك غير المناسب وتقوية السلوك المناسب ، وتوصلت الدراسة إلي فعالية الأسلوبين في خفض السلوك الفوضوي ، ولا يوجد فرق بين الأسلوبين في الأثر العلاجي بالرغم من أن التدريب الوالدي أفضل في خفض نسبة الهروب من المدرسة.

وقام Forehand، et al (2011) بتصميم منهج جماعي Group Curriculum لآباء الأطفال ذوى السلوك الفوضوي ، وبعد تدريب الآباء علي المنهج حدث تحسن في سلوك الأطفال مرتبط بانخفاض اضطراب السلوك الفوضوي.

وتوصلت دراسة Lehmkuhl، et al (2009). إلى فاعلية كل من التدريب الوالدي والعلاج المعرفي السلوكي في خفض اضطرابات السلوك الفوضوي والوسواس القهري لدى طفلة عمرها عشرة سنوات.

العلاج باللعب:

يمارس الأطفال منذ نعومة أظافرهم أنشطة اللعب المختلفة ، ويجدون المتعة والانسجام أثناء ممارستهم لأنشطة اللعب ، ويبلغ حد سعادة الأطفال لممارسة أنشطة اللعب إلى أنهم عندما يستيقظون من النوم سرعان ما يلعبون قبل الإفطار وقبل ممارسة عادات النظافة ، كما أن النوم لا يكاد أن يزورهم عندما يكونون مشغولين في ممارسة أنشطة اللعب ، ولا يفكرون في الجوع أو العطش عندما ينغمسون في أنشطة اللعب فيجدون في اللعب الراحة والمتعة والتنفيس عن رغباتهم وتحقيق طموحاتهم فكثيراً ما تجد الطفل أثناء لعبه يري نفسه طبيباً أو محامياً أو معلماً ، وكثيراً ما يرى نفسه حصاناً أو طائرةً أو قطاراً .... ، أو غير ذلك مما يطمح إليه خياله وتهفو إليه نفسه.

ومارس الكبار أنواعاً من اللعب كجزء من طقوس عبادة الآلهة بغرض التعرف علي أوامرها ورغباتها بخصوص مستقبل القبلية ، أي أن قدماء المصريين الكبار والصغار قد مارسوا أنشطة اللعب (خالد السيد ، ٢٠٠٢ ، ١٤).

وكان أفلاطون أول من اعترف بأن للعب قيمة علمية ، وكان أرسطو يعتقد

أن الأطفال ينبغي أن يُشجعوا علي اللعب بما سيكون عليه أن يضعوه بشكل جدي كراشدين ، وبدأ العلاج باللعب كطريقة لعلاج الاضطرابات الانفعالية لدي الأطفال علي يد « فرويد « حيث استخدم اللعب لأول مرة في علاج طفل صغير كان يعاني من بعض المخاوف (سوزانا ميلر ، ١٩٩٤ ، ٩ ، ٢٦٩).

وأشار(Leblanc& Ritchie 2001-149)إلى أن الاستخدام الإكلينيكي للعلاج باللعب أصبح متزايداً في التنفيذ خلال هذه الفترة ، كما أنه يمكن أن يزود المرشدين النفسيين ببديل لأنماط أخرى من العلاج ، وأنه مصدر مفيد جداً خاصة مع الأطفال الذين لا يستجيبون جيداً للعلاجات القائمة على الحوار.

ويعرف العلاج باللعب على أنه أسلوب علاجي يستخدم في الغالب مع الأطفال الذين يعانون من مشكلات انفعالية حيث يتاح لهم فرص للتعبير عن الخوف أو الكراهية أو العدوان أو القلق أو غيرها من الانفعالات من خلال أنشطة تستخدم فيها الدمى واللعب (ماريا بيرس ، ١٩٩٧ ، ٦٩).

ويعرف العلاج النفسي باللعب بأنه استخدام أنشطة اللعب وصوره المختلفة في مجال العلاج النفسي وتعديل وبناء السلوك سواء فى مجال التقييم والتشخيص أو في مجال العلاج النفسي وتعديل السلوك (أحمد أبوزيد ، ٢٠١٢، ٢٦٢).

ويستخدم العلاج باللعب في علاج الأطفال الذين يعانون من المشكلات الاجتماعية والعاطفية والسلوكية وتعمل أنشطة اللعب بصفة عامة على تلبية احتياجات الصغار قبل سن المراهقة (Packman& Bratton2003) ، ويعمل اللعب على زيادة وعى الطفل بذاته ووعيه بسلوكه وسط المجموعة ، وكذلك وعيه بما تسوغه المجموعة من سلوك ، فالجماعة تصحح وتعمق فكرة الطفل عن ذاته (كاميليا عبد الفتاح ، ١٩٩٨ ، ١١ - ١٢).

ويلجأ المرشد إلى اللعب كطريقة هامة لضبط وتوجيه وتصحيح سلوك الطفل ويستخدم اللعب لدعم مظاهر النمو المختلفة عند الطفل فهو يقويه جسمياً ويزوده بمعلومات ومعايير اجتماعية ويعرفه كيف يتعامل مع الآخرين وكيف يضبط انفعالاته ويستخدم اللعب في إشباع حاجات الطفل مثل حاجته إلى

العمل والسيطرة والاستقلال ويعبر عن نفسه بالطريقة التي يفضلها هو دون توجيه من الآخرين (علي الهنداوي ، ٢٠٠٣ ، ١١٨).

ويمكن تلخيص فوائد اللعب وأهميته في النقاط الآتية :

- يؤدى اللعب إلى تفريغ الطاقات الزائدة عن حاجة الجسم .
- يعمل اللعب على توسيع العلاقات الاجتماعية من خلال التفاعل مع الأقران وحاجة بعض أنشطة اللعب لأقران آخرين لممارسة اللعبة .
- يقوم الأطفال أثناء اللعب بالعديد من الأدوار التي من شانها أن تنمي مهارات التفاعل الاجتماعي .
- تتضمن أنشطة اللعب بعض القواعد والتعليمات ويؤدى الالتزام بهذه القواعد والتعليمات إلى خفض المشكلات السلوكية لدى الأطفال وتنمية النمو الخلقي.
- يستطيع الطفل من خلال أنشطة اللعب التنفيس عن انفعالاته وعواطفه مثل العدوان والغضب والخوف .
- يمارس الطفل أنشطة اللعب المختلفة فيتعرف على قدراته وإمكاناته مقارنة بقدرات وإمكانات أقرانه ومن ثم يحاول تطويرها .
- يقوم الطفل أثناء ممارسة أنشطة اللعب بعمليات المشي والركض والقفز والجري والركل وتؤدى هذه العمليات إلى التآزر الحركي وتنشيط الدورة الدموية وتنظيم عمليات التنفس ويترتب على ذلك نمو صحيح وسليم لجسم الطفل.
- يقوم الطفل أثناء ممارسة اللعب بالعديد من الأدوار التي تؤدي إلي تأكيد الذات وتنمية القدرات والإمكانات النفسية والتي تؤدي بدورها إلى تحقيق مستوى عال من الصحة النفسية والتوافق .
- يكشف اللعب عن نواحي القصور في شخصية الطفل ، فأثناء ممارسة أنشطة اللعب يتضح مدى توافق الطفل مع أقرانه سواء من الناحية الاجتماعية أو النفسية أو العقلية ؛ أي أنه من خلال اللعب يمكن تشخيص واكتشاف نواحي الخلل في شخصية الطفل مقارنة بأقرانه.
- يواجه الطفل أثناء ممارسة أنشطة اللعب العديد من المواقف المشكلة

والتي يحاول حلها بما يتفق مع معايير أقرانه ويترتب علي ذلك تنمية قدرات الطفل على حل مشكلاته.

- يستطيع الطفل خلال أنشطة اللعب حل صراعاته وتفريغ انفعالاته المكبوتة والتعبير عن نفسه بحرية واكتساب العادات السلوكية الصحيحة والذي يترتب عليه خفض بعض الاضطرابات النفسية والسلوكية التي يعانى منها بعض الأطفال ، أى يمكن استخدامه كأسلوب علاجي .

- يعمل اللعب علي تنمية حب الاستطلاع لدي الطفل ، فهو يحاول دائما البحث في الأشياء لمعرفة مكوناتها ويحاول اكتشاف العالم المحيط به .

- يعمل اللعب على تدريب حواس الطفل وصقلها وتطويرها (أحمد أبوزيد، ٢٠١٢، ٢٦٣ -٢٦٤).

وبناءً على ذلك قام الباحثون بإعداد برامج إرشادية قائمة على أنشطة اللعب في مجال علاج الاضطرابات النفسية والسلوكية ، وحقق هذا الأسلوب فاعلية في علاج العديد من الاضطرابات النفسية والسلوكية ، كما يتضح من الدراسات التي تمت في المجال والتي نعرض بعضا منها في السطور التالية.

فقام وليد القصاص (٢٠٠٢) بدراسة هدفت إلى التعرف على فاعلية برنامج إرشادي في اللعب لخفض السلوك الفوضوي لدى طلبة الصف العاشر الأساسي. وكشفت نتائج الدراسة عن فاعلية العلاج باللعب فى خفض اضطرابات السلوك الفوضوي.

مداخل علاجية أخرى:

قام الباحثون في المجال النفسي بتوفير عدد كبير من الأساليب العلاجية لتخفيف معاناة البشر من الاضطرابات أو الأمراض النفسية والسلوكية والمعرفية، واضطرابات التعلم ، وكذلك تنوعت الأساليب العلاجية المستخدمة في خفض اضطرابات السلوكي الفوضوي ، عرضنا منها جزءً في السطور السابقة ، ونعرض في السطور القادمة بعضاً من الأساليب الأخرى المستخدمة في خفض أو علاج اضطرابات السلوك الفوضوي.

العلاج بالموسيقي:

قام Lnes (2002) بدراسة هدفت إلي التعرف علي فاعلية العلاج بالموسيقي في خفض السلوك الفوضوي لدى ذوي التخلف العقلي ، وتكونت العينة من ثلاثة أفراد راشدين ، وتوصلت الدراسة إلى فاعلية العلاج بالموسيقي في خفض السلوك الفوضوي.

العلاج الفردي والجماعي :

ينتفع ذوى السلوك الفوضوي كثيراً من العلاج الجماعي ، وقد يكون من المفيد أيضاً العلاج الفردي لكل حالة على حده ، وخوصاً إذا كان الطفل ذو السلوك الفوضوي يعانى من مشاكل عاطفية ، أو إذا مر بتاريخ من إساءة المعاملة ، أو الإهمال ، أو لوجوده في أسرة تعانى من تفكك حاد ، وفى هذه الحالة من الممكن أن يساعد العلاج الفردي الطفل على أن يتخطى المشاكل العاطفية غير المحلولة ، أو أن يتعامل معها ، كما يساعده على اكتساب البصيرة النافذة. ويجب ألا يكون العلاج الفردي هو الوسيلة الأولية أو الوحيدة لهؤلاء الأطفال ، ولكنه من الممكن أن يكون مفيدا كعنصر أساسي من إجمالي عملية التدخل (محمد عبد الرحمن ، ومنى على ، ٢٠٠٣ ، ٢٦ – ٢٧).

وقام Rufus (1998) بدراسة هدفت إلى التعرف على فعالية العلاج السلوكي الجماعي في خفض السلوك الفوضوي ، وتكونت العينة من ٥٢ طفلاً، تراوحت أعمارهم بين ٦– ١٠سنوات ، واعتمد البرنامج التدريب علي المهارات الاجتماعية على فنيات لعب الدور والنمذجة واستراتيجيات حل المشكلة ، وتوصلت الدراسة إلى فاعلية البرنامج العلاجي الجماعي المعتمد على المهارات الاجتماعية في خفض السلوك الفوضوي .

الفصل السادس

تربية وتعليم ذوى اضطراب السلوك الفوضوي

- الأسرة.
- المدرسة.
- أساليب تربية وتعليم ذوى اضطرابات السلوك الفوضوي.

الفصل السادس

تربية وتعليم ذوى اضطراب السلوك الفوضوي

يتصف الأطفال ذوى اضطراب السلوك الفوضوي بالعديد من المشكلات التي تجعلهم ضمن فئات ذوى الاحتياجات الخاصة ، وهم فئة من فئة أكبر هي فئة الأطفال ذوى الاضطرابات السلوكية والانفعالية ، وهذه الفئة تقع ضمن فئات ذوى الاحتياجات الخاصة ، وأن ما يقع على فئة ذوى الاضطرابات السلوكية والانفعالية من نظم وتوجيهات وأساليب تربية وتعليم يناسب فئة ذوى اضطراب السلوك الفوضوي. وتقع مسؤولية تربية وتعليم ذوى السلوك الفوضوي على عدة جهات منها وأولها الأسرة ثم المدرسة.

الأســـــرة :

تعد الأسرة أول مؤسسة تتعهد الطفل وترعاه ، وتعمل على إتاحة وتوفير الفرص الكافية لنمو الطفل جسمياً وعقلياً واجتماعياً وانفعالياً، وذلك باستخدام طرق وأساليب متعددة ، ويفوق دور الأسرة في رعاية الطفل كل الأدوار التي تقوم بها المؤسسات الأخرى المناظرة للأسرة ، وتعتبر أساليب المعاملة الوالدية أحد التقنيات التي تستخدمها الأسرة في تعليم الطفل وتدريبه وفي تحقيق النمو السوي له.

وتظل الأسرة هي المسئول الأول أمام المجتمع عن تربية الأبناء ، وبقدر قوة الأسرة أو ضعفها وتفاعلاتها الايجابية أو السلبية تكون قوة أو ضعف شخصية الأبناء ، لذا فلابد من الحرص علي نقاء جو الأسرة وتجهيزه للتفاعل الايجابي وتوفير متطلبات النشء بداخلها والمناخ الصحيح والملائم لإخراج أجيال صالحة متوافقة قادرة علي قيادة المجتمع نحو التقدم.

فكانت الأسرة وما زالت أهم هيئة في المجتمع تضطلع بعملية التنشئة الاجتماعية ، ونقل التراث من جيل إلى جيل ، وإدماج الطفل في الإطار الثقافي العام عن طريق إدخال التراث الثقافي في تكوينه وتوريثه إياه توريثاً متعمداً بتعليمه نماذج السلوك المختلفة في المجتمع الذي ينتسب إليه(مصطفى الخشاب، ١٩٨١، ١٥٤).

وتزود الأسرة الفرد بالرصيد الأول من أساليب السلوك الاجتماعي التي تمنح الطفل أوضاعه الاجتماعية ، وتحدد له من البداية اتجاهات سلوكه واختياراته ، وتقوم بغرس آداب السلوك المرغوب فيه ، وتعويده على السلوك وفق أخلاقيات المجتمع. وقد لحق بالأسرة العربية كثير من التغيرات ، إذ وجدنا اختفاء الأسرة الكبيرة التي كانت تضم الجد والجدة والأبناء والأحفاد وحل محلها الأسرة النووية التي تضم الأب والأم والأبناء الغير متزوجين ، كما أثرت التغيرات الاقتصادية في وقتنا الحاضر على العلاقات الأسرية في المنطقة العربية والتي تشهد تغيراً سريعاً وهذا بدوره أدى إلى تغير أساسي في البنية الاجتماعية والاقتصادية التي ارتكزت عليها الأسرة العربية منذ قرون طويلة ، وبالتالي انعكست هذه التغيرات على تنشئة الطفل وعلاقته بالأسرة وعلى طريقة التعامل معه (محمد قنديل ، رمضان بدوي ، ٢٠٠٥ ، ٣٨ -٣٩).

وتستمد الأسرة أهميتها وخطورتها من أنها هي البيئة الاجتماعية الأولى التي تستقبل الإنسان منذ ولادته وتستمر معه مده طويلة من حياته ، وتعاصر انتقاله من مرحلة إلى أخرى وفيها يتم التشكيل الأساسي لشخصية الفرد ، فإن قُدّر للفرد أن ينشأ في أسرة صالحة فإن نموه يأخذ طريقه في يسر وسهولة وينتقل من مرحلة إلى أخرى مكتسباً ما يحتاجه من ثقة بنفسه ومن خبره ومهارة في شتى أنواع النشاط الإنساني. أما إذا قُدّر له أن تحتضنه أسرة غير صالحة فإن نموه يضطرب بل يتوقف ، إذ من المحتمل أن تحيط الأسرة غير الصالحة طفلها بجو اجتماعي يشعره بأنه منبوذ أو غير مرغوب فيه فلا يستطيع أن يدخل حياته واثقاً من نفسه ، وأما إذا أحاطته الأسرة بجو من الخوف والرهبة قد يدفعه ذلك إلى الانزواء أو الهروب من حياته ومن المواقف التي عليه أن يدخلها ويساهم فيها ، بل أحياناً يحدث أن يجد الطفل نفسه وقد اختلطت عليه الأمور نتيجة لاضطراب علاقاته مع من يحيط به من الكبار ومن تضارب أحكامهم على تصرفاته وسلوكه ، ويكون نتيجة ذلك كله أن ينشأ عاجزاً عن اتخاذ أي قرار في أي أمر من الأمور (علاء كفافي ، ١٩٨٩ ، ١٣ - ١٥).

ويتعرف الطفل من خلال الاحتكاك الدائم بالوالدين وأفراد الأسرة ما هو

متوقع منه كطفل ، وما هو متوقع منه كذكر أو أنثي ، ويبدأ في تكوين مفهومه عن ذاته. ومن خلال العلاقات الأسرية يتعلم الطفل مسايرة معايير الجماعة وقيمها وتقاليدها ، كما يتعلم التعاون مع الآخرين والأخذ والعطاء معهم ، ولا يقتصر تأثير هذه العلاقات على النجاح المدرسي للطفل فحسب ولكن أيضاً على نجاحه في مواقف الحياة المختلفة ومنها حياته المهنية فيما بعد ، وتتأثر بوضوح درجة توافق الطفل ونضج علاقاته الاجتماعية خارج المنزل بنمط العلاقات السائدة في الأسرة (كافيه رمضان ، ١٩٨٧ ، ٩٣).

ويشير أنور الشرقاوي أن الوالدين يلعبان دوراً جوهرياً في عملية التنشئة الاجتماعية بالنسبة للفرد خاصة في سنوات حياته الأولى فمن خلالهما تتحقق رغبات الطفل ويساعدانه في التخلص من التوترات والقلق والصراعات وذلك بدوره يساعد على تكوين علاقة حميمة (أنور الشرقاوي ، ١٩٩٠ ، ٣٤).

ويشير(Ruble (1978,45، إلى أن أساليب المعاملة الوالدية كالإيذاء الجسدي والإهمال والحرمان والقسوة والتدخل الزائد والإذلال والرفض والتفرقة في المعاملة ، وهي أساليب خاطئة من شأنها أن تؤدي إلى اضطراب الشخصية، وتجعل الأبناء يشعرون بعدم القيمة وعدم الكفاية ، وعندما يواجهون الضغوط سيتوقعون الفشل وعدم القدرة على المواجهة والعجز ، بينما الأساليب الوالدية التي تتسم بحب الأبناء وتقديرهم والإنصات إليهم والاهتمام بهم وتشجيعهم على اكتشاف البيئة والاستقلالية واتخاذ القرارات تجعل الأبناء يشعرون بالقيمة، وتكون لديهم كفاءة مواجهة المشكلات والضغوط.

وتستخدم الأسرة العديد من الوسائل لتنشئة وتربية النشء فيما يعرف بأساليب التنشئة الوالدية ، أو أساليب المعاملة الوالدية ، وكشفت الدراسات أن هذه الأساليب تتنوع فيما بين الأساليب السوية والأساليب غير السوية ، ويرجع استخدام كل نوع من هذه الأساليب إلى ثقافة الوالدين ، والمستوى الاقتصادي والاجتماعي ، والعادات والتقاليد والنظم. فاستخدام الأساليب غير السوية ليست عن قصد وإنما هي اعتقاد من الآباء بأنها أساليب مناسبة ، اعتقاد غير قائم علي علم أو برهان ، أو يقع تحت بند ما ألفينا عليه آبائنا.

وتشير أساليب التنشئة الوالدية إلى كل سلوك يصدر عن الأب أو الأم أو كليهما ويؤثر علي الابن وعلى نمو شخصيته سواء قصد بهذا السلوك التوجيه والتربية أو غير ذلك (علاء كفافي ، ١٩٨٩ ، ٥٦).

وتتفاوت أنماط وأساليب المعاملة الوالدية ما بين أساليب سلبية في المعاملة كالإسراف في التدليل أو القسوة الزائدة أو التذبذب في المعاملة أو فرض الحماية الزائدة على الأبناء وإخضاعهم للكثير من القيود أو عدم المساواة والعدالة في التعامل مع الأبناء والتمييز فيما بينهم بناء على الجنس أو الترتيب. وأنماط وأساليب إيجابية تتمثل في التعرف على قدرات الأبناء وتوجيههم توجيهاً مثالياً بناء على إمكاناتهم وقدراتهم العقلية والجسدية والانفعالية وإتاحة الفرص أمامهم للنمو والتفاعل الاجتماعي والتوافق مع البيئة الخارجية والتوسط والاعتدال وتحاشي القسوة الزائدة أو التدليل الزائد (عبد الرحمن العيسوي ، ١٩٩٣ ، ٢٨٤- ٢٨٨).

أساليب المعاملة الوالدية السوية:

يقصد بأساليب المعاملة الوالدية السوية بأنها : الأساليب المبنية على أسس تربوية علمية ، وهي الأساليب القائمة على الدفء والحنان والحب والديمقراطية والمساواة ، وحرية التعبير ، وهي الأساليب التي تعبر عن الاتجاه الإيجابي نحو الطفل ، والأساليب التربوية السوية لا يمكن عدها أو إحصائها ، فنظرة العين المتسمة بالدفء تعتبر أسلوب سوي للتواصل مع الطفل.

وطريقة الأب في توجيه دفة الأمور في الأسرة وأسلوبه في تنشئة الأبناء، وسلوكه معهم وإظهار حبه لهم ، وتلطفه معهم ، ومصادقتهم ومشاركتهم اهتماماتهم كل ذلك يؤثر في حياة الأبناء وتكوين شخصيتهم . فمهمة الأب كرمز للسلطة لا يتنافى مع مهمته كمصدر للحنان، ومن هنا لا يقل دور الأبوة أهمية عن دور الأمومة في تنشئة الطفل، والأبوة الناجحة لا تقاس بعدد الساعات التي يقضيها الأب مع طفلة أو بتوفير الحاجات الضرورية له ، بل على مقدار ما يمنحه الأب لطفله من حب ومدى عنايته وطبيعة علاقته بهذا الابن والتي تتسم بالمودة والمحبة دون التركيز على إشباع الحاجات البيولوجية للطفل ، فالاتصال النفسي

الدائم بين الطفل والأب أمر ضروري وهام إذ عن طريق هذا الاتصال يحس الطفل بمدى اهتمام الأب به ورعايته (أحمد عبد الرحمن ، ١٩٨٦ ، ٢٣ – ٢٥).

ونعرض هنا لبعض أساليب المعاملة الوالدية السوية :

التقبل:

يشير مفهوم التقبل الوالدي إلى رضا الآباء عن أبنائهم بالشكل الذي هم عليه ، أي قبول الابن بتصرفاته وسلوكياته. وقبول قدراته وصفاته الشخصية والجسمية ، وتعزيزه عندما يقوم بتصرف مناسب وحسن ، وإظهار السعادة لصحبته ، وعدم السخرية منه.

فيحتاج الطفل بصفة عامة إلى أن يكون محبوباً ومقبولاً ومرغوبا فيه من الآباء ومن أعضاء الأسرة بصفة عامة ، وأن هذا القبول يجب أن يكون غير مشروط أي قبول الطفل كما هو عليه ولذاته ، وليس لهذا الحد فقط بل قبول الطفل بما يكون عليه من عجز أو قصور، وهذا يتطلب إلا يكون الطفل موضع سخرية أو تهكم من الآخرين وخصوصاً الآباء ، ويدرك الطفل القبول الوالدي من أنشطة الحياة اليومية ، ومن خلال طرق وأساليب متعددة ، مثل : اللمس ، والعناق ، والابتسامة ، والنظرة الحانية الرقيقة ، واللعب مع الطفل ، والاهتمام بأقواله ، وأفعاله ، وأشياؤه .

والقبول الوالدي يعبر عنه بمدى الحب الذي يبديه الوالدين للطفل في المواقف المختلفة ، وهذا يؤدي إلى تكوين عدد من سمات الشخصية المرغوب فيها لدى الطفل (ميشيل ارجايل ، ١٩٨٢ ، ١٨٧).

ويعرف القبول الوالدي بأنه : ما يمكن أن يمنحه الوالدين من الدفء والمحبة لأطفالهم ، وقد يعبر عنه بالقول : كالثناء على الطفل ، وحسن الحديث إليه ، والفخر به وبأعماله ....الخ ، أو بالفعل : مثل التقبيل ، والمداعبة، والسعي لرعاية الطفل ، والتواجد معه عند الحاجة ....الخ (ممدوحة سلامة ، ١٩٨٧ ، ٧٩).

المساواة:

يشير مفهوم المساواة فى التنشئة الأسرية المساواة بين الأبناء سواء

كانت المساواة بين الذكور وبعضهم البعض ، أو المساواة بين الذكور والإناث ، أو المساواة بين الصغار والكبار. فالأبناء جميعهم يحتاجون إلى الحب والدفء وحسن المعاملة ، ولا تختلف البنت عن الوالد ، فتحتاج إلى الحب من الآباء والقبول من الآباء ، وجرت العادة في المجتمعات الشرقية أن معاملة الولد تختلف عن معاملة البنت ، فالولد يلقى الرعاية والتقدير والاهتمام أكثر من البنت ، ومع التطور وزيادة الثقافة بدأ الناس يهتمون بالبنت والولد على قدم المساواة.

الضبط التربوي:

حب الطفل وتقبله لا يمنع ضبط سلوكه ، والضبط التربوي شئ ضرورة لتوجيه سلوك الطفل إلى السواء ، وهذا يعنى تقديم تفسيرات وتوجيهات للقواعد السلوكية ولبعض التصرفات ، وتوضيح الآثار الإيجابية والسلبية المترتبة على انتهاك الطفل لهذه القواعد ، وخصوصا الآثار السلبية المترتبة على الطفل بصورة مباشرة. مثلا إهمال الطفل عند أداء الواجب المدرسي قد يترتب عليه إخفاق الطالب في المدرسة ورسوبه ، وأن الطفل الراسب لا يقبله المجتمع ، وما يترتب عليه من سلبيات أخرى. فيسعد الطفل عندما يلقى القبول من معلميه وزملائه وأقرانه ، فلو ربطنا هذه السعادة بنواحي أخرى تتعلق بالعملية التعليمة لكان الطفل أكثر انجاز وإقبالا على المدرسة.

الاستقلال الذاتي:

ويقصد به توفير الفرص المناسبة للطفل ليستقل بذاته وشؤونه ، وهذا تدريب على الاستقلال والاعتماد على النفس في مرحلة الرشد ، فلكل طفل سلوكياته وأشياؤه ومتطلباته وألعابه الخاصة ، فما الذي يمنع لو منح الآباء لطفلهم قدرا من الاستقلال لينظم ويرتب ويتخذ قراراته بنفسه ، فمثلا عند شراء لعبة للطفل ما الذى يمنع أن يختار الطفل لعبته بنفسه ، أو يقرر مكان فسحته ، أو يحدد اللعبة التي يعلبها ، أو يختار ملابسه ، أو يختار أصدقائه ، وهذا لا يمنع تدخل الوالدين التربوي ، أي عند شراء ملابس للطفل يمكن للآباء توضيح مميزات وسلبيات الأنواع المعروضة واستخداماتها ، فهناك ملابس تناسب الصيف وملابس تناسب الشتاء.

ويعني الاستقلال الذاتي منح الابن قدراً من الحرية لينظم سلوكه بدون تدخل دائم ومتسلط من الوالدين (زكريا الشربيني ، ويسريه صادق ، ١٩٩٦ ، ٢٢٤).

التشجيع :

تعتبر مرحلة الطفولة ومرحلة المراهقة مرحلتي تعلم وتدريب ومران واكتساب للمهارات والمعارف بما فيها العادات والتقاليد والنظم الاجتماعية التي تمكنه من التفاعل الجيد مع البيئة ، ولكي يتحقق ذلك لابد من التشجيع والتعزيز من قبل الآباء. ويقصد بالتشجيع قيام الآباء بمساعدة الطفل وتحفيزه للقيام بالسلوك المرغوب فيه ، ومساعدة الطفل الايجابية في المواقف الصعبة مساعدة تدفعه إلى الإمام والى النمو السوي.

أسلوب التوجيه للأفضل:

ويقصد به توجيه الطفل نحو النجاح في الدراسة و العلاقات حتى يكون عضواً نافعاً في المجتمع، وله قيمته وكيانه (محمد عبد الرحمن ، ١٩٨٩ ، ٢٩٩).

الديمقراطية:

يعتبر الأسلوب الديمقراطي من الأساليب الهامة فى رعاية الأبناء ، ويقصد به مراعاة رأى الأبناء ، والأخذ به في بعض المواقف الأسرية.

أساليب المعاملة الوالدية غير السوية:

وتحدد « فاديه علوان » أهم الأساليب الوالدية غير السوية ، والنتائج المترتبة عليها على النحو التالي :-

الأسلوب التسلطي:

يتسم الأسلوب التسلطي بفرض رأي الوالدين علي الطفل ، والوقوف ضد رغباته ، أو اللجوء إلى الضرب أو الحرمان أو التهديد بهما ، أو التدخل المستمر في خصوصيته ، وعادة ما يؤدي هذا الأسلوب إلى تنشئة طفل يخاف من السلطة ، ويشعر بالدونية وعدم الكفاءة ، وقد تؤدي كثرة الإحباطات التي يتعرض لها الطفل إلى ظهور شخصية عدوانية ، تميل إلى التخريب وإتلاف ممتلكات الغير .

الحماية الزائدة :

يقصد بالحماية الزائد Over Protection قيام الوالدين نيابة عن الطفل بالواجبات والمسؤوليات التي من المفترض أن يقوم بها الطفل ، وذلك بقصد حمايته وإرشاده ومساعدته ، ومن ثم لا تعطي هذه الحماية للطفل فرصة للتصرف في أموره ، وذلك اعتقادا من الوالدين بأن الطفل لا يزال صغيراً ، وعادة ما يرتبط هذا الأسلوب بنمو شخصية اعتمادية ، غير قادرة على تحمل المسؤولية ، وغير واثقة بذاتها .

الإهمال:

يتسم أسلوب الإهمال Carelessness بعدم إعطاء الوالدين للطفل أي تغذية راجعة Feedback عن سلوكياته الجيدة أو السيئة ، أو عدم مشاركته أحزانه وأفراحه ، أو عدم تشجيع الطفل علي السلوك المرغوب فيه أو محاسبته علي السلوك غير المرغوب فيه ، وغالبا ما يرتبط هذا الأسلوب بنمو شخصية مترددة ، حيث يفقد الطفل القدرة على التمييز بين ما هو صواب وما هو خطأ ، ويفقد شعوره بالانتماء إلى أسرته الصغيرة ومجتمعه الكبير.

التدليل والتسامح:

يقصد بأسلوب التدليل والتسامح Permissiveness تشجيع الطفل على تحقيق رغباته بالشكل الذي يريده ، كالدفا ع عن أخطائه وعدم معاقبته علي هذه الأخطاء وتلبية معظم طلباته بسهولة ويسر ، وغالبا ما يؤدي هذا الأسلوب إلى انحراف الأبناء ، حيث يأتي الطفل بكثير من السلوكيات التي تؤذي الآخرين أو يرتكب كثيرا من الحوادث والجرائم ، حيث يشعر بعدم وجود أي ضوابط تحكم سلوكياته .

إثارة الألم النفسي:

يتضمن هذا الأسلوب تحقير الطفل في كل مناسبة ، والتركيز علي إظهار أخطائه حتي لو كانت بسيطة ، أو ازدراءه أمام الآخرين ، وغالباً ما يرتبط هذا الأسلوب بنمو شخصية مترددة ، تتسم بعدم الثقة بالذات والخجل من مواجهة الآخرين (فاديه علوان ، ٢٠٠٣ ، ٨٥ – ٨٦) .

وتضيف « مني علي « بعض الأساليب الأخرى علي النحو التالي :-

العقاب البدني:

ويقصد به إيذاء الطفل بدنيا إذا اخترق القواعد مثل : الصفع أو الضرب علي الوجه أو رفع الأيدي إلى أعلى أو الركوع علي الركبتين أو شد الأذن أو الركل .

العقاب اللفظي:

ويقصد به استخدام الألفاظ كوسيلة من وسائل العقاب مثل: الشتائم ، الزجر ، التجريح ، بالألفاظ ، اللوم الشديد على الخطأ(مني علي ، ٢٠٠٤ ، ٨٥ - ٨٦) .

أثر أساليب المعاملة الوالدية السوية علي الشخصية:

تعمل أساليب التنشئة الوالدية الايجابية على بناء الإنسان الناضج القادر علي مواجهة متطلبات المجتمع ، وتعمل علي تحقيق التوافق الاجتماعي والنفسي، والوصول إلى مستوي عال من التكيف ، وهذا ما تؤكده الدراسات السابقة ، حيث توصل محمد النوبي (٢٠٠٠) إلى أن أساليب المعاملة الوالدية الإيجابية تعمل علي رفع مستوي الطموح ، وتوصل محمد الأنوار (٢٠٠٦ ، ٨٤) إلى أن أساليب المعاملة الوالدية الايجابية تعمل على زيادة التوافق الدراسي.

وخلص كل من مواهب عياد وليلي عياد (١٩٩٥ ، ١٨٧ - ١٩٩) إلى بعض نتائج الدراسات السابقة على النحو التالي:

- أثبتت الدراسات أن أسلوب توجيه وتنشئة الطفل كلما كان يتسم بالحب والحنان ساعد ذلك في تكوين ضمير قوي عند الأبناء في سن المراهقة .
- أنه كلما كان الآباء أكثر دفئاً أي أكثر عطفاً وحناناً كان أطفالهم أقل عدوانية في المراهقة .
- الأطفال المبدعين غالباً ما يكون لهم أقارب أو آباء قدموا لهم أمثلة يحذوها ، وقاسموهم مجالات اهتمامهم.
- العلاقة الدافئة بين الأم والطفل ذات أثر إيجابي علي النمو العقلي والتفكير الابتكاري.

وأشارت دراسة كل من(1986) Holahan & Moos، إلى أن المساندة الأسرية المتمثلة في إدراك الطفل أنه محبوب ومقبول ومرغوب فيه يقوي الصحة النفسية للأبناء ، كما تقوي الخصائص النفسية كالصلابة والثقة بالنفس والطموح، فإدراك الطفل أن الأب والأم يحبانه ويتفهمانه ويساعدونه وقت الحاجة يجعله أكثر فاعلية وكفاية ، وأقل اضطرابا ، بينما اضطراب علاقته بوالديه ، وإدراكه للرفض ، خاصة من قبل الأم يجعله أقل صلابة ، وأقل ثقة بالنفس واقل طموحاً.

وتوصلت دراسة كمال مرسي (١٩٨٨) إلى أن هناك ارتباط بين نمو السمات الصحية في المراهقة وإدراك التقبل والحث علي الانجاز من الوالدين في الطفولة،كما أن هناك ارتباط بين نمو السمات غير الصحية وإدراك عدم التقبل من الوالدين في الطفولة.

وأكدت دراسة يوسف الرجيب (٢٠٠٧) إلى وجود علاقة ارتباطيه دالة بين توكيد الذات وأساليب التنشئة الأسرية.

وأشارت دراسة محمد رزق (٢٠٠٦) إلى وجود علاقة ايجابية بين خصائص الوالدية المتميزة التي يتصف بها الآباء والذكاء الأخلاقي للأبناء.

وأشارت دراسة كل من (1999) Tracy & Sandra إلى الدور الأبوي علي السلوك العاطفي والأخلاقي للأبناء ، حيث أكدت أن الدور الأبوي الملاحظ إيجابياً كان له تأثير دال علي السلوك العاطفي والأخلاقي للأبناء ، كما أن السلوك التفاعلي للآباء مع الأبناء كان له تأثير إيجابي علي السلوك الأخلاقي مع الأبناء.

وأشارت دراسة صالح العريني (٢٠٠٩) إلى وجود ارتباط سالب بين أساليب التنشئة الأسرية (النبذ – الحرمان – القسوة – الإيذاء الجسدي) وبين الذكاء الأخلاقي ، كما وجد ارتباط موجب بين الأساليب الموجبة في التنشئة الأسرية متمثلة في التوجيه للأفضل والتشجيع والذكاء الأخلاقي.

أثر أساليب المعاملة الوالدية غير السوية علي الشخصية:

تشير الدراسات إلى تباين أساليب التنشئة الأسرية على شخصيات الأبناء وتشكيلها ، فكل أسلوب من هذه الأساليب يؤدي إلى مخرجات مختلفة

من الشخصية (أنور أحمد ، ٢٠٠٢) ، كما أن الأساليب الوالدية الغير سوية كالقسوة والنبذ والرفض هي أساليب تؤدي إلى تكوين خصائص شخصية سلبية كالعدوان ، والجناح وسوء التوافق ، والقلق ، والاكتئاب ، وعدم النضج، والحساسية الزائدة ، والخنوع والاتكالية ، وعدم الرضا ، والاعتمادية ، وعدم تحمل المسئولية ، وأقل تعاون ، والشعور بعدم الانتماء (انشراح دسوقي ،١٩٩١، ٩٥).

وظهر حديثاً ما يسمي الأسرة المنجبة للمرض ، حيث يري « Bowen، 2002 » أن فرض الأسرة المنجبة للمرض يقوم على أساس أن هناك بعض الأسر بحكم بنيتها وطبيعة العلاقات بين أفرادها تعتبر أسرا غير سوية ، ويفصح عامل اللاسواء عن نفسه من خلال الأبناء ، وبالتالي فالمرض طبقا لهذا الفرض ليس مرض فرد ، ولكن مرض هذه الأسرة ، وهو الابن الأكثر تهيؤا أو استعدادا للاضطراب ، ويحدث في مناخ الأسرة المنجبة للمرض بعض العمليات المرضية ، والتي شأنها أن تصنع التفاعلات غير السوية التي تنتهي بانحراف الصحة النفسية لبعض أبنائها (جمال حمزة ، ٢٠٠٥ ، ٤).

وذهب « بوين » إلى أن نسبة الفجاجة أو عدم النضج Immaturity عند الآباء تتركز عند أحد الأبناء ، وبالتالي فإن هذا الابن يكون حاملا لدرجة أكبر من عدم السواء مما هو موجود عند أي من والديه ، فإذا استمرت عملية تزايد الفجاجة وتركيزها من جيل إلى جيل كان لابد وأن تمتد الأعراض المرضية بشكل واضح وصريح عند أحد الأبناء ، ويرى أن تشجيع الوالد لاستقلال الابن عن الأم ، واتخاذه موقف إيجابي من زوجته من شأنه أن يحسّن الموقف، ويساعد على اختفاء العلاقة التكافلية بين الابن والأم ، ويفتح الطريق لشفاء الطفل (علاء كفافي ، ١٩٩٩ ، ١٦٣ - ١٦٧).

وتعمل أساليب المعاملة السلبية مثل : العقاب ، الحماية الزائدة ، التدليل، الحب الزائد ، القسوة ، عدم المساواة ، التفرقة ، إلى تفكك الشخصية وعدم النضج ، والتخلف عن النمو السوي ، وهذا ما تؤكده بعض الدراسات حيث توصلت مني علي (٢٠٠٤) إلى أن أساليب العقاب (العقاب البدني - العقاب

اللفظي - العقاب بالنبذ والإهمال) تؤدي إلى إصابة الطفل باضطراب قلق الانفصال.

وتوجد علاقة ايجابية بين أسلوب تنشئة الطفل وبين السلوك العدواني ، وأن تساهل الآباء مع الأبناء وعدم معاقبتهم علي سلوكهم العدواني يرفع درجة العدوان لديهم (مجدي حبيب ، ١٩٩٥، ٩٩).

وخلص كل من مواهب عياد وليلي عياد (١٩٩٥ ، ١٨٧ - ١٩٩) إلى بعض نتائج الدراسات السابقة علي النحو التالي:

- الأولاد العدوانيون أكثر تعرضا للعقاب الجسدي وخاصة من الأب.
- القلق الناتج من العلاقة غير المشبعة مع الوالدين في الطفولة يجعل الأطفال يستجيبون للمجتمع بطريقه معادية.

وأشارت دراسة نبيل متولي (١٩٩٣) إلى تأثير العوامل الأسرية علي انحراف الأبناء وتعاطيهم المخدرات ، ومن أهم هذه العوامل التدليل الزائد أو القسوة المفرطة ، أو التفرقة بين الأبناء في المعاملة ، والإهمال الأسري ، وغياب أحد الوالدين ، أو كليهما ، والعلاقات الأسرية غير الودية بين الوالدين.

وأشارت دراسة صالح السيد (١٩٩٣) إلى أن إساءة معاملة الأطفال أدى إلى ظهور أعراض نفسية واضطرابات سلوكية مختلفة منها زيادة العدوانية ، وعدم القدرة علي التحكم في انفعالاتهم خاصة الغضب ، ومشاعر عدم الثقة ، وزيادة في لوم الذات ، وانخفاض تقدير الذات. وتوصل Gerald (1996) إلى وجود علاقة بين الضغوط الوالدية والسلوك غير الاجتماعي لدى الأبناء.

وتوصل كل من Geri & Dana (1993)، إلى وجود علاقة بين أساليب المعاملة الوالدية (الرفض ، الإهمال ، عدم المبالاة) والاضطرابات السلوكية لدى الأطفال.

استراتيجيات وتوجيهات عامة لآباء الأطفال ذوى اضطرابات السلوك الفوضوي في المنزل.

ويمكن للآباء استخدام الاستراتيجيات التالية للتعامل مع طفلهم الذي يعانى من اضطرابات السلوك الفوضوي ، وهي :

– الاعتراف بنقاط القوة في الطفل وتجاهل نقاط الضعف.

– الثناء علي الطفل عندما يأتي بالسلوك المناسب بدلا من معاقبته عندما يفعل الشيء الخطأ.

– نسمح للطفل بأن يفعل الأشياء التي يحبها بدلا من أن يفعل الأشياء التي يريدها منه الآباء.

– يستمع الآباء للأطفال. وإذا أراد الآباء أن يستمع إليهم أطفالهم ، فعليهم أن يعلموهم كيفية الاستماع إلى الآباء.

– ينبغي أن يتصف الآباء بالمرونة والانفتاح ، وعندما يقع الطفل في خطأ سواء في المدرسة أو غيرها يظهر الآباء للطفل المساندة الصادقة.

– يوضح الآباء للطفل إننا لا نلوم الآخرين عندما نقع أو نفعل شئ ما خطأ ، أو عندما تسوء الأمور.

– يظهر الآباء للطفل كيفية التركيز على إيجاد الحلول بدلا من العثور على شخص لإلقاء اللوم عليه.

– تشجيع الطفل على فعل الشيء الصحيح عن طريق وضع مثالا جيدا، بدلا من إجباره على فعل الشيء الصحيح عن طريق التهديد أو العقاب.

– ينفس الآباء عن مشاعر الضيق قبل ما يحاولوا التحدث مع الطفل حول خطأ ارتكبه.

– لا يختلف الآباء مع بعضهم البعض بطريقة تزعج العائلة بأسرها وتقلق الأطفال.

– يسمح الآباء للطفل أن يتحدثوا عندما يشعرون بالضيق دون أن يظهر لهم الآباء غضبهم ، وهذا يساعد الطفل على معرفة أن الشعور بالضيق والانزعاج أمن ، ويمكن أن يتحدث عنه بطريقة مفيدة.

– وضع قواعد عادلة ومتسقة مع الطفل (TMHC,2002)

ويضيف أخر بعض التوجيهات التي يجب أن يتبعاها الوالدان عند التعامل مع الأطفال مضطربي الانتباه ، وهذه التوجيهات هي :

- توفير المعززات الفورية وعدم التأجيل فى تنفيذ الوعود حتى لا تفقد المعززات قيمتها.

- التواصل المستمر مع المدرسة لمتابعة انجازاته وتقدمه.

- اعتماد محيط واحد للتعلم (غرفة معينة داخل المنزل - مكتب واحد) ، وذلك لخلق الشعور بالأمان لدى الطفل.

- التأكد من عدم وجود مثيرات خارجية فى محيط مذكراته (عدم تشغيل الراديو أو التليفزيون - وعدم السماح للإخوة باللعب فى نفس الغرفة).

- تنظيم حياته اليومية باستخدام روتين يومي مريح وواضح يساعد على الحد من التصرفات العشوائية.

- استخدام منبه ليدرك مفهوم الزمن وينظم وقته بشكل فعال.

- تطبيق قواعد سلوكية حازمة مع الطفل دون تزمت أو تشدد.

- إعطاء الطفل فرصة لممارسة الألعاب بشكل آمن (ريتا مهرج ، ٢٠٠٢).

ويري جمال حمزة (٢٠٠٥ ، ١٨) أن التربية الصالحة هي قرين للإنجاب ، فليس المقصود هو إنجاب الأطفال ثم تركهم للضياع ، بل الهدف تزويد الحياة بعناصر العمارة ، وتزويد المجتمعات بعناصر البناء ، وأن من واجب حقوق الأبناء علي الآباء التربية الصالحة ، ولذلك لابد من العناية بهم بشكل متكامل يتصل بنموهم الجسدي والروحي والعقلي والانفعالي ، وإعدادهم لتنمية المهارات ليتمتعوا بخصائص الصحة النفسية البناءة .

وخَلُصتْ مني علي (٢٠٠٤ ، ٧٣ - ٧٤) ببعض التوصيات الهامة التي ينبغي على الأسرة مراعاتها لتحقيق النمو السوي الطفل ، وهي :

- عدم استخدام أساليب العقاب البدني العنيفة مع الطفل خاصة الضرب المبرح ، الكي بالنار ، الجلد ، الحبس .... ، لما لها من آثار بالغة الخطورة علي الصحة النفسية للطفل .

- البعد عن الأساليب التي تؤدي إلى إثارة الألم النفسي للطفل ، مثل إهانة الطفل أمام الآخرين ، والتقليل من شأن الطفل ، ومعايرته بعيوبه ،

وتحقيره ، ونبذه ، وغيره من أساليب القسوة التي تؤدي إلى تحقير الطفل ، وبالتالي إلى اضطرابه.

- عدم اللجوء إلى أسلوب التهديد بسحب الحب من قبل الوالدين عندما يخطئ الطفل لان هذا الأسلوب يشعره بعدم الأمان وبالتالي يؤدي إلى اضطرابه.

- تشجيع الطفل وإعطاؤه الثقة بالنفس .

- البعد عن السخرية والتهكم الدائم من الطفل مما يشعره بالنقص وعدم الثقة بالنفس .

- إعطاء الطفل حرية التعبير عن مشاعره ، والبعد عن التعذيب المستمر للطفل.

- البعد بقدر الإمكان عن الصراع والشقاق بين الوالدين لأنهما من أسباب اضطراب الطفل النفسي .

- إشاعة جو من الدفء العاطفي ، وإحاطة الأطفال بسياج من الحب والأمن حتي نساعدهم علي النمو النفسي السوي .

- التقليل من العصبية الزائدة ، وعدم تنفيس غضبنا وقلقنا علي الأطفال .

- البعد عن مقارنة الأطفال بعضهم ببعض ، ومعايرة الطفل بمن هم أفضل منه.

- إشراك الطفل في الأنشطة المدرسية ، والكشف عن هوايات الطفل وتنميتها لإعطائه مزيد من الثقة بالنفس.

- الاهتمام بالبرامج الإرشادية والعلاجية للطفل المضطرب بغية مساعدته ومد يد العون له .

- الاهتمام بالبرامج الإرشادية للآباء في كيفية معاملة أطفالهم.

المدرسـة :

تعد المدرسة المؤسسة الثانية بعد الأسرة ، وهي من المصادر المهمة في تكوين شخصية الفرد وبنائه النفسي ، ولها الدور الكبير في انتقال الثقافة واستمرارها ، ولها تأثير مباشر على تهذيب وتعديل السلوك البشري ، من خلال تفاعل التلميذ مع أقرانه ومعلميه ومناهجه الدراسية التي تمثل معاييره

ونظمه الاجتماعية ، وثقافة المجتمع ومقوماته.

وهي تلك المنظمة الرسمية التي كفلها المجتمع بحكم تطور الحياة وتعقدها ، وأوكل إليها مهمة تربية النشء وتعليمهم بشكل نظامي مقصود ، وفقا لنظم معينة ومن خلال نقل الثقافة وإكساب أنماط السلوك والتفكير ، وتكوين العادات والاتجاهات الاجتماعية والقيم والمثل المنشودة ، وتدريبهم علي الطرق والأساليب التي تساعدهم علي تنمية استعداداتهم ومهاراتهم واستثمار طاقاتهم المختلفة إلى أقصي ما يمكن الوصول إليه ، ويؤكد أن النمو النفسي للطفل يجب أن يقوم علي التدرج في عملية الانتقال من الأسرة إلى المدرسة ثم إلى الحياة الاجتماعية والاتساق والتجانس بين أجواء هذه البيئات الثلاث ، كما يتطلب النمو النفسي السوي للطفل أيضا الاتصال الوثيق فيما بين الأسرة والمدرسة من جانب ، والمدرسة والحياة الاجتماعية من جانب أخر (عبد المطلب القريطي ، ٢٠٠٥ أ ، ٣٧٣).

نظم تعليم الأطفال ذوى اضطراب السلوك الفوضوي :

يتم تعليم الأطفال ذوى اضطرابات السلوك الفوضوي في مؤسسات التعليم المختلفة ، وهم شأنهم شأن الأطفال ذوى الاضطرابات السلوكية والانفعالية لأنهم فئة منهم ، فيمكن تعليمهم في مؤسسات خاصة قائمة علي نظام العزل إذا كان الاضطراب حاد ، ويمكن تعليمهم مع أقرانهم العاديين عن طريق نظام الدمج ، ونعرض في هذه السطور بعض هذه النظم.

نظام العزل:

يعنى هذا النظام عزل الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة في ملاجئ ومؤسسات أو مدارس خاصة بهم بعيداً عن العاديين أو عامة التلاميذ ، وتمتد جذور هذا النظام إلى المجتمعات البدائية القديمة والإغريقية والرومانية التي نادت بالتخلص من المعوقين وذوى العاهات على أساس أنهم عالة وعبئاً على المجتمع ، حيث دعا أفلاطون إلى نبذ المعوقين عقلياً وطردهم ونفيهم خارج البلاد وحرمانهم من الحقوق والواجبات المتاحة لبقية المواطنين ، كما نادى أرسطو بأن الصم غير قادرين على التعلم نظراً لعدم مقدرتهم على الكلام وعلى فهم ما

حولهم (لطفي بركات ، ١٩٨١ ،٦٠-٩٠).

وكانت مؤسسات الإقامة الداخلية النمط التنظيمي الرئيسي المعتمد لتقديم الخدمات للأفراد المعوقين حتى عقد الستينات من القرن العشرين ، وكانت هذه المؤسسات تقام في مواقع جغرافية نائية ومعزولة. كذلك كانت هذه المؤسسات كبيرة وتستوعب بضع مئات من الأشخاص ولم تكن خدمات التربية الخاصة والتأهيل كما هي معروفة حاليا ، والتي تقدّم للأشخاص المعوقين في العصر الحالي ، بل أن الخدمات كانت ذات طبيعة إيوائية أساسا والسبب وراء ذلك هو أن المجتمعات لم تكن تؤمن بقابلية هؤلاء الأشخاص للتعلم (جال الخطيب ، ٢٠٠٤، ٣٠). ويشمل نظام العزل شكلين هما :

المدارس الداخلية « مراكز الإقامة الكاملة »

ويتم فيه إبعاد الطفل عن أسرته وإيواؤه في إحدى دور الرعاية الاجتماعية أو السكن الداخلي في مدارس التربية الخاصة مع الحرص علي إيجاد جو أسري بديل يشعر فيه الطفل بالأمن والطمأنينة إلا أن هذا النوع من الرعاية بالرغم من أنه يساعد الطفل علي زيادة تكيفه فانه يعزله عن الأسوياء وعن المجتمع.

ويقبل في هذه المؤسسات الطفل الذي تكون ظروفه المنزلية والأسرية لا تمكنه من أن توفر له أدنى مستوى للتكيف ، أو إذا كانت مشاكله تؤثر على حياة الأسرة إلى درجة لا يكون هناك مفر من إبعاده من المنزل حتى ولو كان ذلك لفترة معينه ، ومن الملاحظ أن هذا النوع من الرعاية قد يساعد الطفل على زيادة تكيفه إلا أنها تعزله عن الأسوياء وعن حياة المجتمع ، بالإضافة إلى أن هذه الدور غالبا ما تعانى من عدم توافر العاملين المتخصصين ، علاوة على أن الأطفال يجيئون من مناطق نائية يصعب معها رجوعهم يوميا إلى منازلهم (فاروق صادق، ١٩٧٦، ٤٥٩ - ٤٦٠).

مدارس التربية الخاصة « مراكز الرعاية النهارية»

ويأخذ هذا النوع شكل المدارس العادية حيث تم انشأ مدراس خاصة لكل فئة من فئات التربية الخاصة مثل مدراس التربة الفكرية التي تقدم خدماتها لذوى التخلف العقلي ، مدراس الأمل التي تقدم خدماتها لذوى الإعاقة السمعية،

مدراس النور التي تقدم خدماتها لذوى الإعاقة البصرية ، ويتم في هذا النوع من المدارس الاعتماد على معلمين مدربين متخصصين في مجال الإعاقة الخاصة بكل مدرسة فضلا عن باقي أعضاء المدرسة من هيكل إداري وأخصائيين نفسين واجتماعيين ، ويتم في هذه المدارس تعليم الطلاب بعض المهارات الحياتية والأكاديمية.

مبررات عزل ذوى السلوك الفوضوي:

– تضم فئة ذوى السلوك الفوضوي زملة من الاضطرابات السلوكية تتمثل : اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ، اضطراب المسلك ، اضطراب العناد المتحدي.

– يتصف ذوى السلوك الفوضوي بالعدوان والسلوك العنيف وفي بعض الأحيان بالسلوك الجانح ، وهذا يستلزم وضعهم تحت الرعاية الخاصة.

– يقوم هؤلاء الأطفال بالعديد من السلوكيات التي تؤثر سلبياً علي أقرانهم وزملائهم في الصف مثل : العناد ، والحركة الزائدة ، والعدوان ، والمعارضة ، ومجادلة الزملاء.

– يقوم هؤلاء الطلاب بالعديد من السلوكيات التي تعوق أداء المعلم داخل الصف مثل : مجادلة المعلم ، وكسر القواعد والنظم المعمول بها داخل الصف ، وإهمال الواجب المدرسي أو عدم القيام به ، وتحدي تعليمات المعلم.

– يعانى هؤلاء الأطفال من مشكلات في التعلم منها : التأخر الدراسي ، وصعوبات التعلم الأكاديمية ، وصعوبات التعلم النمائية.

– يعاني هؤلاء الأطفال من مشكلات في العمليات المعرفية مثل : الانتباه ، التذكر ، الإدراك وما يترتب عليها من مشكلات أخري.

– يعانى هؤلاء الأطفال من مشكلات نفسية مثل : القلق ، الاكتئاب ، الهلاوس.

سلبيات عزل ذوى السلوك الفوضوي:

تشير الانطباعات إلى أن عزل ذوى الاحتياجات الخاصة يؤدى إلى خوفهم من المجتمع وإلى القلق من مواجهته ، مما يزيد من التصرفات العدوانية التي

يعبرون بها عن خوفهم من الانخراط في البيئة المحيطة ، مما يؤكد على أهمية شعورهم بقبول المجتمع كأسس لسلامة صحتهم النفسية (يوسف دياب ، ٢٠١٠ ، ٢٤٩٨).

ويرى Brown (1954) أن أسلوب العزل يؤدى إلى نمو الشعور بالضآلة وعدم الأهمية ، مما يؤثر في مشاعر وقدرات هؤلاء الطلاب المعوقين ، ويحد من تفاعلهم مع زملائهم ومع الحياة الاجتماعية العامة ، كما أن هذا الشعور بالضآلة وعدم الأهمية يؤثر في دافعتيهم للتعلم ، وبالتالي يؤدى إلى تأخر نمو كل من الجانب الأكاديمي والجانب العقلي (كمال سالم ، ٢٠٠١ ، ٢٣).

وكشفت الدراسات أن الأطفال فى المرحلة الابتدائية الذين يتم استبعادهم من المدرسة يفقدون حوالي ؟؟ ٪ من التعليم السنوي الذي يقدم لأقرانهم العاديين فضلاً عن أنهم يفقدون خدمات تعليمية واجتماعية مكلفة .(Christos & Michael2004)

الدمج :

ظهرت مجموعة من الدراسات عرفت باسم دراسات الفاعلية في عقدي الستينيات والسبعينات من القرن العشرين والتي ألقت بظلال من الريبة والشك على فاعلية تعليم الطلبة ذوى الإعاقات البسيطة في صفوف خاصة معزولة. فقد أشارت نتائج عدد كبير من تلك الدراسات إلى أن التحصيل الأكاديمي للطلبة ذوى الإعاقات البسيطة الذين تلقوا تعليمهم في صفوف عادية كان أفضل من الطلبة الذين تلقوا تعليمهم في صفوف خاصة ، وبالرغم من السلبيات الكثيرة التي تعرضت لها تلك الدراسات إلا أنها قدمت العديد من الايجابيات كان لها دور كبير في البحث عن بدائل أخرى لتربية وتعليم ذوى الاحتياجات الخاصة (جمال الخطيب ، ٢٠٠٤ ، ٣١- ٣٢).

وشهدت العقود الأخيرة من القرن العشرين العديد من المبادرات والاتفاقيات الدولية ، بالإضافة إلى صدور عدد كبير من القوانين والتشريعات التي تحمي ذوي الاحتياجات الخاصة ، وتكفل لهم حياة كريمة ، جنبا إلى جنب مع أقرانهم العاديين ، ونتج عن هذا ظهور اتجاهات تعارض عزل النظام التعليم

لذوي الاحتياجات الخاصة ، وتنادي بتعليمهم في نفس البيئة التي يتعلم فيها أقرانهم العاديين ، وظهرت مصطلحات كثيرة في هذا المجال مثل « البيئة الأقل تقييداً ، والدمج ، والدمج الشامل... وغيرها.

ويعرف الدمج بأنه : قضاء الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة أطول وقت ممكن في الفصول العادية ، مع إمدادهم بالخدمات الخاصة إذا لزم الأمر، ولذلك يستوجب تعديل البرامج الدراسية قدر الإمكان ، بحيث تواجه حاجات هذه الفئة من الأطفال ، كما يتطلب إمداد مدرسي الفصل العادي بما يحتاجون إليه من مساعدة (مجدي عزيز ، ٢٠٠٣، ٣٥٩)

أهداف الدمج :

ويهدف نظام الدمج إلى تحرير المعوقين من آسر المؤسسات الخاصة التي تعزلهم عن الحياة الاجتماعية Deinstitutionalization ، وأن يتاح لهم من فرص الحياة اليومية وظروفها العادية ما يتاح لأقرانهم العاديين من أفراد المجتمع ، بحيث يشاركون في نشاطات الحياة الطبيعية بأقصى ما تسمح به استعداداتهم وإمكاناتهم ، وهو ما يعرف بالتطبيع نحو العادية Normalization ، وأن يعيشوا في أوضاع بيئية تتسم بأقل قدر ممكن من القيود الاجتماعية والنفسية والأكاديمية Least Restrictive Environment (فاروق صادق ، ١٩٩٨، ٨٣).

ويهدف تعليم ذوى الاحتياجات الخاصة في المدارس العادية مع أقرانهم الأصحاء إلى إعدادهم للعمل ، حيث يتيح هذا المنهج الفرص للأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة للانخراط فى نظام التعليم العام وفق مبدأ تكافؤ الفرص في التعليم ، وبذلك يهدف الدمج بشكل عام إلى مواجهة الاحتياجات التربوية الخاصة بالأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة ضمن إطار المدرسة العادية ووفقا للأساليب ومناهج ووسائل تعليمية يشرف على تقديمها جهاز تعليمي متخصص إضافة إلى محاور تعليم المدرسة العامة (يوسف ذياب ، ٢٠١٠ ، ٢٤٩٨).

مبررات دمج الطلبة ذوى الاحتياجات الخاصة بمدارس التعليم العام:

يلخص فاروق الروسان (١٩٩٨) مبررات دمج ذوى الاحتياجات الخاصة في النقاط الآتية :

- التغير الواضح في الاتجاهات الاجتماعية نحو الأطفال غير العاديين من السلبية إلى الإيجابية.

- ظهور القوانين والتشريعات التي أصبحت تنص صراحة على حق الطفل غير العادي في تلقي الرعاية الصحية والتربوية والاجتماعية أسوة بزملائه من العاديين في أقل البيئات التربوية تقيدا.

- تزايد عدد الأطفال غير العاديين في بعض الدول وخاصة النامية ، وقلة عدد مراكز التربية الخاصة الأمر الذي يصعب معه التحاق الطلبة من ذوي الاحتياجات الخاصة بتلك المراكز ، لذلك الدمج قد يكون أحد الحلول لهذه المشكلة.

- ظهور بعض الفلسفات التربوية التي تؤيد دمج الأطفال غير العاديين في المدارس العادية ، وذلك لعدد من المبررات أهمها توفير الفرص الطبيعية للأطفال غير العاديين والمحافظة على التوزيع الطبيعي للأطفال في المدرسة.

أشكال الدمج :

يري عبد المطلب القريطي (٢٠٠٥ ب ، ٨٤- ٨٦) أن الدمج يتخذ صورا وأشكال مختلفة منها ما يلي :

- **الدمج الكلى** : ويكون بوضع ذوي الاحتياجات الخاصة في فصول العاديين طوال الوقت، علي أن يتلقى معلم الفصل العادي المساعدة الأكاديمية اللازمة من معلمين أخصائيين استشاريين يفدون إلى المدرسة عدة مرات أسبوعيا لتمكينه من مقابلة الاحتياجات التعليمية الخاصة بالتلاميذ، ويحبذ الدمج الكلي لذوي الإعاقات البسيطة أو الخفيفة.

- **الدمج الجزئي** : حيث يوضع الأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة مع العاديين لفترة معينة من الوقت يوميا، بحيث ينفصلون بعد هذه الفترة عنهم في فصل مستقل أو عدة فصول خاصة لتلقي مساعدات تعليمية متخصصة لإشباع

احتياجاتهم الأكاديمية الخاصة علي يد معلمين أخصائيين ، وذلك عن طريق التعليم الفردي أو داخل غرفة المصادر في المدرسة ذاتها.

– **الدمج المكاني والاجتماعي** : وفيه يتم جمع الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة المتماثلة من حيث نوع الإعاقة في فصول دراسية خاصة داخل نطاق المدارس العادية، بحيث يدرسون فيها وفقا لبرامج دراسية خاصة تناسب احتياجاتهم طوال الوقت، وتقتصر مشاركتهم مع أقرانهم العاديين علي الاحتكاك والتفاعل خلال أوقات الراحة ، وفي الأنشطة الاجتماعية والرياضية والفنية والرحلات ويتم من خلاله تلبية الاحتياجات الاجتماعية والتفاعل الاجتماعي بينهم.

– أن يتلقى ذوو الاحتياجات الخاصة تعليمهم في بعض الوقت علي مدار ساعات أو عدة أيام متصلة في مدارس خاصة بهم، ويسمح لهم بقضاء بقية الوقت في المدارس العادية في نطاق البيئة المحلية.

وتشير التقارير العالمية إلى صعوبة تحقيق الدمج الشامل لذوى الاضطرابات السلوكية في مدراس العاديين ، وأن الطلاب ذوى الاضطرابات السلوكية ما زالوا يوضعون في بيئات تعليمية معزولة ، وبالرغم من ذلك هناك تزايد في معدلات دمج ذوى الاضطرابات السلوكية فى الصفوف العادية وفى غرف المصادر ، وتتطلب عملية الدمج في هذا المقام تطوير برامج إعداد المعلمين وتطوير كفايات المعلمين بما يتلاءم مع احتياجات ذوى الاضطرابات السلوكية. وهناك مجموعة من الاعتبارات يجب مراعاتها عند دمج ذوى الاضطرابات السلوكية ، وهذه الاعتبارات هي :

– الإفادة إلى أقصى حد ممكن من دعم الأخصائيين الآخرين ، والمرشدين على وجه الخصوص للتعامل مع هؤلاء الطلاب وتعليمهم.

– محاولة فهم الأسباب الحقيقية التي تدفع الأطفال إلى القيام بما يقومون به ، والتعاطف معهم ومحاولة مساعدتهم.

– التعبير عن الثقة بقدرة هؤلاء الأطفال علي التغير ،وقبولهم كأطفال يحتاجون إلى المحبة والاحترام والدفء.

- استخدام نظام ثابت في الصف..
- تقديم النماذج الكفاية للسلوك التكيفي ، وتهيئة الظروف للأطفال ذوى الصعوبات الانفعالية / السلوكية لتقليده ومحاكاته.
- إتاحة الفرصة لحدوث أنماط التفاعل والسلوك غير المرغوب فيها مثل العمل التعاوني.
- القيام بدور مصدر دعم الوالدين ومشاركتهما فى العملية التربوية.
- استخدام إجراءات منظمة وثابتة في التعليم الصفي.
- الثناء علي الطفل ، وتشجيعه بشكل متكرر.
- ملاحظة سلوك الطفل وتحليله بموضوعية وذلك بغية اختيار الأهداف السلوكية الملائمة وتقييم فاعلية الإجراءات المستخدمة (جمال الخطيب ، ٢٠٠٤، ١٦٦- ١٦٨).

أساليب تربية وتعليم ذوى اضطراب السلوك الفوضوي:

تهدف عمليات التدريس بصفة عامة إلى إحداث تغييرات ايجابية في سلوك المتعلم ، وإكسابه المعلومات والمهارات والمعارف والاتجاهات والقيم المرغوبة ، والتي تناسب مستواه العمري والعقلي ، أو التي تكون لازمة لمن في مستواهم ، ولكي يحقق المعلم هذه الأهداف يجب أن يستخدم طرق مشوقة تثير اهتمام ورغبة المتعلم وتدفعه إلى التعلم ، مع مراعاة خصائص المتعلم وصفاته النفسية والاجتماعية والعقلية والجسمية ، وفى حالة الأطفال ذوى اضطرابات السلوك الفوضوي يجب الاعتماد علي الطرق التي تناسب خصائص السلوك المضطرب الذي يصف هؤلاء الأطفال المضطربين.

وتحقق الطرق التي تعتمد على ايجابية التلميذ ونشاطه في العمل المدرسي فاعلية كبيرة في تعليم الطلاب ذوي السلوك الفوضوي في المدرسة ، ومن هذه الطرق « الألعاب التعليمية ، والتعليم التعاوني ، والتعليم بالقرين ، والتعلم بالاكتشاف ، والعصف الذهني ، وحل المشكلة ، ...وغيرها.

استراتيجيات وتوجيهات عامة لتربية وتعليم الأطفال ذوى اضطرابات السلوك الفوضوي في المدرسة.

يلخص كل من(2001,163-85) Cooper & O'regan لبعض

الاستراتيجيات التي يمكن للمعلم استخدامها مع الطلاب ذوى اضطرابات السلوك الفوضوي في المدرسة وهي :

استراتيجيات لتعليم الطلاب ذوى اضطرب الانتباه والعناد المتحدي :

– تعليم الطلاب كلمات أو عبارات يستخدمها في المواقف الخاصة للتوتر أو الإحباط ، والتي تمكنه من تنمية طرق مناسبة للتعامل مع مثل هذه المواقف.

– توفير مكان هادئ للطالب لإنجاز عمله.

– التأكيد علي أن الطالب يفهم تتابع السلوكيات غير المناسبة.

– خفض التركيز على التنافس ، لأن تكرار الفشل قد يؤدي إلى الغضب أو الإحباط ، وأن التركيز علي النجاح قد يجعل الطالب يفوز أو يتغلب علي الآخرين.

– تعديل أو التوافق مع المواقف إلى تؤدي إلى الانفعال.

– تعديل المجموعات لتحديد أفضل مجموعة للطالب.

– تقديم مهمات للطلاب تناسب مستوى قدراتهم ومن الممكن التقدم فيها.

– الاستفادة من الإشارات المحددة سلفاً.

– تجنب الجدال مع الطلاب وتجنب المواجهات.

– تجنب النقد عند التصحيح للطالب أو توجيهه.

– التواصل مع الطلاب فى المواقف الإيجابية أو السلبية.

– إعطاء الفرصة لوالدي الطالب للانضمام للمدرسة لمدة يوم ليجس فى الفصل مع الطالب.

استراتيجيات لتعليم الطلاب ذوى النشاط الزائد والاندفاع :

– الإشراف في كل الأوقات ، وفي كل أنحاء المدرسة.

– يكن المعلم متحركا ليكون قريباً من الطالب.

– يشرح للطالب أنه عليه أن يكون سلوكه مرضياً ، ويتوقع من الكمال.

– مساعدة الطالب فى بداية كل مهمة لخفض الاستجابة المندفعة.

– نجعل الطالب مدرك للأسباب التي تجعلنا نتحمل مسؤولية بعض

الأشياء ، مثل حقوق الآخرين ، عدم الإضرار بالممتلكات.

– نوجه الطالب لمراعاة الإشارات المحددة سلفاً (إشارة اليد – إشارة لفظية) عند بدء الطالب في السلوك الاندفاعي.

– عدم تضمين الطالب في الأنشطة ذات الإثارة الزائد مثل : حصص التربية الرياضية في الملعب ، وأوقات الفسحة ، وأوقات الغداء.

– التأكيد علي أن الطالب يعرف الأماكن غير المسموح بها داخل الفصل.

– المحافظة علي التواصل الإيجابي والمنتظم مع الآباء.

استراتيجيات لتعليم الطلاب ذوى اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ويعانون من الهواجس :

– تحديد مقعد خاص يجلس فيه الطالب ، ويعرف الطلاب أن هذا المقعد لهذا الطالب.

– استخدام قياسات خاصة لتحديد تغيرات الطالب أثناء روتين المدرسة اليومي.

– ينبغي أن يكون الإرشاد موجه لمساعدة الطالب في تحسين تواصله ، وتحسين مهاراته الذاتية.

– تحديد مكان خاص للطالب لتغير ملابسه في حصص التربية الرياضية أو الأنشطة الرياضة بصفة عامة.

– لا يجب تضمينه في الأنشطة التي يشعر فيها بعدم الارتياح.

– إعطاء الطالب وقت كافي لإنجاز أنشطته.

– لو من الضرورة أن نسمح للطالب أن يمارس شيء ما جديد خاص قبل ما يؤديه أمام الآخرين.

– لو الطالب غير مرتاح في المدرسة نسمح لأحد الوالدين أو أحد أقاربه أن يقيم معه في المدرسة طوال اليوم ، لو كان من الضروري. وتدريجيا نعمل علي تخفيض الوقت الذي يقضيه الشخص مع الطالب.

– عمل جدول زمني للطالب نعمل من خلاله علي زيادة الوقت الذي يقضيه الطالب في المدرسة أو في نشاط خاصة.

- تجنب النقد السلبي للطالب.
- تحديد قرين للطالب يكون مستعد للاندماج فى أنشطة اجتماعية ، ويعمل كنموذج للطالب.
- نقف أمام الطالب مباشرة عندما نقدم له معلومات.
- استخدام الصور ، والرسوم البيانية ، والطباشير ، والإيماءات عند تقديم المعلومات.
- استخدام التعزيز الموجب مع الطالب لتوجيه أو الاحتفاظ بالانتباه للأصوات الهامة في البيئة.
- تجنب استخدام اللغة ذات التفاصيل الزائدة عند التحدث مع الطالب ، ويفضل أن تكون عبارات قصيرة واضحة تميل لأن تكون أكثر فاعلية.

استراتيجيات لتعليم الطلاب ذوى اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد وصعوبات التعلم :

- تقديم تعزيز للطالب عند فهمه الواضح للمادة المقروءة.
- خفض المثيرات المشتتة حول الطالب لمساعدته علي التركيز في القراءة أو المهمات الأخرى.
- تكون أسئلة الاختبارات المقدمة للطالب معتمدة علي المعلومات السابقة.
- تزويد الطالب في نهاية اليوم لتعريفه بموضوعات اليوم التالي.
- التأكيد علي أن تكون سلوكيات الطالب موصوفة أو مضافة إلى بيانات الطالب.
- الاهتمام بمكان عمل الطالب ، فيجب أن يكون مناسب ومتسع ، وبطريقة أخري أن يكون مكان العمل مريح بطريقة أكبر.
- تزويد الطالب بقائمة مفردات مرئية لكي يتعلم الكلمات المفتاحيّة ، وذلك لزيادة مفردات الطالب.

استراتيجيات لتعليم الطلاب ذوى اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد واضطراب المسلك :

- تدريب المعلمين علي كيفية التعامل مع مثل هذه المواقف.

- يمكن تصوير الطالب عن طريق الفيديو أثناء تفاعله مع زملائه ثم يعرض له الفيديو ليرى كيفية استجاباته في المواقف الجماعية.
- الإشراف علي الطالب في الفسحة وفى أوقات الغداء.
- عقد اجتماعات للمساهمة في علاج مشكلات الطالب ، ويتم فيها توضيح أدوار الطالب والمعلم والآباء.
- استخدام استراتيجيات الإرشاد والعلاج الطبي للتعامل مع سلوكيات المعارضة والاندفاعية والغضب.
- تشجيع الآباء علي أن يقضوا بعض الوقت مع ابنهم في الفصل أثناء الدروس ، ويطلب منهم الانتباه إلى أهمية الرحلات الميدانية مع الطالب.
- تعزيز الطالب عند قيامه بالسلوك المناسب.
- تحريك الطالب من مجموعته إذا كانت ذات نشاط غير عادي حتي يستطيع أن يبدى سلوكاً مناسباً.
- إبعاد الطالب عن المواقف ذات الإثارة الزائدة ، وخصوصاً في الفسحة وفى الألعاب.
- تزويد الطالب بقائمة واضحة لتتابع السلوكيات غير المرغوبة.
- تعليم الطالب استراتيجيات حلّ المشكلة والتي تتمثل في : تحديد المشكلة – تحديد الأهداف – وضع الاستراتيجيات – وضع خطة العمل – تنفيذ الخطة.
- تحديد اهتمامات الطالب في الفصل.
- دمج الأقران مع الطالب في السلوكيات (الأنشطة) التي يفشل فيها الطالب.
- لا ينبغي تعزيز سلوكيات الطالب غير المرغوبة من غير قصد من خلال الضحك عندما يتصرف الطالب بطريقة سخيفة أو وقحة.
- يجب علي المعلم أن يفصل السلوك عن الشخص.

ويواجه المعلم صعوبة كبيرة عند التعامل مع الطفل الذي يعانى من اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد داخل الفصل الدراسي ، نظراً

للصعوبات التعليمة والاجتماعية التي يعانى منها الطفل فضلا عن الآثار السلبية لمشكلاته على توافق الصف الدراسي بصفة عامة.

ويقدم كل من عماد مخيمر وهبة محمد (٢٠٠٦، ٢٨٤ - ٢٨٥) بعض التوجيهات التي قد تحقق التوافق الشخصي والاجتماعي والدراسي للأطفال المضطربين ، وهي :

- أن يبدأ المعلم بالسهل من المعلومات ، ويشجع الطفل على الإنجاز باستخدام المعززات المناسبة.

- أن تكون تعليمات الواجب المدرسي واضحة وألا يثقل على كاهل الطفل بهذه الواجبات.

- عدم السخرية أو استخدام العقاب البدني الشديد مع الأطفال.

- التعاون مع الأسرة لتحديد مدى تطور الطفل في المجال الأكاديمي والشخصي والاجتماعي.

- ملاحظة مدى انتباه الطفل أثناء الشرح ، ومحاولة جذب انتباهه باستمرار.

ويضيف(Rief(2005 مجموعة أخري من التوصيات والتوجيهات تعمل على نجاح الطفل المضطرب في المدرسة، هي :

- **الوضوح والترتيب** : فلابد من تعليم الطفل في بيئة واضحة ومرتبة ، مثل : ترتيب الطاولات وأدوات حجرة الدراسة وهادئة.

- **التواصل بين الأسرة والمدرسة** : لابد أن يكون المعلمين على تواصل مستمر وفعال بالأسرة وأن تكون الأسرة على تواصل مستمر معهم.

- **التعاون والعمل كفريق**: لابد أن يتعاون العاملين في المدرسة لتقديم خدمة متكاملة للطفل بالإضافة إلى تعاون أعضاء خارج المدرسة كالأطباء.

- **طرق تدريس تفاعلية** : أن يستخدم المدرس طرق تدريس تشجع على التفاعل بين المعلم والمتعلم ، وجعل الطالب يتفاعل مع المعلم بشكل أكبر حتى يمكن تقليل النشاط الزائد من خلال التفاعل مع المعلم.

- **إدارة صف فاعلة وإيجابية** : لابد أن يكون المدرس قادر على إدارة

الصف بفاعلية ، ومدرك لكل ما يمكن أن يسبب السلوك غير المرغوب فيه ، وقادر على تجنبه ، ومحاوله إكساب الطفل السلوك المرغوب.

- **تعديل وموائمة البيئة الصفية** : أن يكون المعلم قادر على تعديل وموائمه طرق التدريس والبيئة الصفية بما يتناسب مع احتياجات الطفل ، وأن يكون مرن لإجراء أي تعديلات على البيئة لتوائم احتياجات الطفل.

- **إكساب الطلاب مهارات التنظيم والتعليم** : لابد أن يتمكن المعلم من مساعدة الأطفال مضطربي الانتباه مفرطي النشاط على اكتساب مهارات التنظيم ومهارات التعلم التي تناسبهم.

- **الواجب المنزلي** : لابد من تقليل الواجبات المنزلية لأن الأطفال يعانون من مشكلات في التركيز والتنظيم حتى لا يثقل عليهم بالواجب.

المراجع

المراجع العربية :

ابتسام حامد السطيحة (١٩٩١). دراسة تشخيصية لاضطراب الانتباه عند الأطفال. رسالة ماجستير ، كلية التربية ، جامعة طنطا.

ابتسام حامد محمد السطيحة (١٩٩٧). استخدام كل من العلاج السلوكي المعرفي والتعلم بالملاحظة «النمذجة» فى تعديل بعض خصائص الأطفال مضطربي الانتباه. رسالة دكتوراه ، كلية التربية، جامعة طنطا.

إبراهيم علي إبراهيم (١٩٩٧). الاتجاهات الحديثة في العلاج السلوكي. مجلة البحث في التربية وعلم النفس(تصدر عن الكلية التربية جامعة المنيا) ، ١٠، ٣ ، ٢٩٧- ٣٣٤.

إبراهيم محمد الخيلفي (١٩٩٨). الفروق بين المراهقين الكويتيين ذوي المشكلات السلوكية والمراهقين العاديين من حيث خبرة الضغوط النفسية في مرحلة الطفولة أثناء العدوان العراقي. مجلة الإرشاد النفسي ، ٨ ، ٦٥ – ١١٨.

أحمد الزغبي (١٩٩٤) الأمراض النفسية والمشكلات السلوكية والدراسية عند الأطفال. ط١ . صنعاء : دار الحكمة اليمانية.

أحمد زكي بدوي (١٩٨٦). معجم مصطلحات العلوم الاجتماعية. بيروت – لبنان : مكتبة لبنان.

أحمد عبد الرحمن (١٩٨٦). بعض أساليب المعاملة الوالدية في التنشئة الاجتماعية وعلاقتها بموضع الضبط لدى الأبناء. رسالة ماجستير ، كلية التربية، جامعة الزقازيق.

أحمد عبد اللطيف أبو أسعد ، أحمد نايل الغرير (٢٠٠٩). التشخيص والتقييم فى الإرشاد . عمان : دار المسيرة للنشر والتوزيع.

أحمد محمد جاد الرب أبوزيد (٢٠٠٣). المهارات الاجتماعية وعلاقتها باضطراب الانتباه لدى تلاميذ الحلقة الأولى من التعليم الأساسي ، رسالة ماجستير، كلية التربية ، جامعة حلوان.

أحمد محمد جاد الرب أبوزيد (٢٠٠٧). السلوك الفوضوي وعلاقته ببعض المتغيرات النفسية لدي عينه من الأطفال المتخلفين عقليا القابلين للتعلم في المرحلة العمرية من ٩- ١٢ سنة ، ومدى فاعلية التدخل العلاجي في خفضه. رسالة دكتوراه ، كلية التربية ، جامعة حلوان.

أحمد محمد جاد الرب أبوزيد (٢٠٠٩). مدي فعالية برنامج إرشادي (للأمهات) لخفض قلق الانفصال عن الأم لدي أطفالهن. مجلة دراسات تربوية واجتماعية (تصدر عن كلية التربية ، جامعة حلوان)، ١٥ ، ٢ ، ٧٩ – ١٠٦.

أحمد محمد جاد الرب أبوزيد (٢٠١١). دراسة الحالة لذوى الاحتياجات الخاصة. عمان : دار المسيرة.

أحمد محمد جاد الرب أبوزيد (٢٠١٢). الصحة النفسية (العاديين وذوى الاحتياجات الخاصة). جدة : مكتبة خوارزم.

أحمد محمد جاد الرب أبوزيد ، ياسر عبد الله حفني (٢٠٠٩). مدى فاعلية التدريب علي المهارات الاجتماعية في خفض بعض الاضطرابات السلوكية والوجدانية لدي الأطفال الصم. مجلة دراسات تربوية واجتماعية (تصدر عن كلية التربية ، جامعة حلوان) ، ١٥ ، ٤، ٨٧ – ١٤١.

الأداء (١٩٩٧). القاموس العربي الشامل. بيروت : دار الكتب الجامعية.

آرون بيك (٢٠٠٠). العلاج المعرفي والاضطرابات الانفعالية. ترجمة :عادل مصطفي. القاهرة : دار الأفاق العربية للنشر والتوزيع.

أسامة فاروق مصطفى ، السيد كامل الشربينى (٢٠١١) . التوحد الأسباب ، التشخيص ، العلاج . عمان : دار المسيرة للنشر والتوزيع.

أسامة محمد البطاينة ، عبد الناصر ذياب الجراح ، مأمون محمود غوائمة (٢٠٠٧). علم نفس الطفل غير العادي. عمان – الأردن : دار المسيرة للنشر والتوزيع.

آلان كازدين (٢٠٠٠). الاضطرابات السلوكية للأطفال المراهقين. ترجمة: عادل عبد الله محمد، القاهرة: دار الرشاد.

انشراح محمد دسوقي (١٩٩١). الفروق بين طلاب الريف والحضر في إدراك المعاملة الوالدية وعلاقة ذلك ببعض خصائص الشخصية. مجلة علم النفس (يصدر عن الهيئة العامة للكتاب بالقاهرة) ، ١٧ ، ٩٠-١٢٠.

أنور إبراهيم أحمد (٢٠٠٢). أساليب المعاملة الوالدية وعلاقتها بالسلوك ألانتمائي لدي الأطفال النوبيين. رسالة ماجستير ، معهد الدراسات العليا للطفولة ، جامعة عين شمس.

أنور الشرقاوي (١٩٩٠). الأساليب المعرفية في البحوث العربية وبحوث التخصص والاختيار الدراسي والمهني. مجلة علم النفس (تصدر عن الهيئة المصرية العامة للكتاب بالقاهرة) ، ١٦ ، ١٠ -٢١

أنور رياض وحصة عبدالرحمن (١٩٩٢). صعوبات التعلم والمتغيرات المتصلة بها كما يدركها المعلمون بالمرحلة الابتدائية بقطر. ندوة نحو تربية أفضل لتلميذ المرحلة الابتدائية فى دول مجلس التعاون الخليجي،٢.

إيمان عبد الحليم علي الخولى (٢٠٠٣). استخدام السيكودراما لخفض النشاط الزائد لدي أطفال المدرسة الابتدائية. رسالة دكتوراه، كلية التربية ببنها، جامعة الزقازيق.

إيمان فؤاد كاشف ، هشام إبراهيم عبد الله (٢٠٠٧). تنمية المهارات الاجتماعية للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة ، القاهرة ، دار الكتاب الحديث .

إيمان محمد أبو ضيف (١٩٩٨). سوء معاملة الطفل وعلاقتها ببعض الاضطرابات السلوكية - دراسة تشخيصية علاجية. رسالة دكتوراه ، كلية التربية بسوهاج ، جامعة جنوب الوادي.

بطرس حافظ بطرس (٢٠١٠ ، أ). تعديل وبناء سلوك الأطفال. عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع.

بطرس حافظ بطرس (٢٠١٠ ، ب). تكييف المناهج للطلبة ذوى الاحتياجات الخاصة. عمان : دار المسيرة للنشر والتوزيع.

ثناء يوسف الضبع (٢٠٠١). تعلم المفاهيم والمهارات العلمية لأطفال ما قبل المدرسة. عمان : دار المسيرة.

جابر عبد الحميد جابر ، علاء الدين أحمد كفافى (١٩٩٦). معجم علم النفس والطب النفسي الجزء الثامن . القاهرة : دار النهضة العربية.

جابر عبد الحميد وعلاء الدين أحمد كفافي (١٩٩٥). معجم علم النفس ، جزء ٧ ، القاهرة ، دار النهضة العربية .

جابر عبدالحميد جابر (١٩٩٩). استراتيجيات التدريس والتعلم. القاهرة : دار الفكر العربي.

جمال الخطيب (١٩٩٤). تعديل السلوك الإنساني دليل العاملين في المجالات النفسية والتربوية والاجتماعية. عمان ، الأردن : دار حنين .

جمال الخطيب (٢٠٠٤). تعليم الطلبة ذوى الاحتياجات الخاصة فى المدرسة العادية. مدخل مدرسة المجتمع. عمان- الأردن : وائل للنشر والتوزيع.

جمال الخطيب ، ومنى الحديدي (١٩٩٧). المدخل إلى التربية الخاصة . العين (دولة الإمارات العربية المتحدة): مكتبة الفلاح للنشر والتوزيع.

جمال الخطيب ومنى الحديدي (٢٠٠٤). برنامج تدريبي للأطفال المعاقين. عمان - الأردن : دار الفكر العربي.

جمال مختارة حمزة (٢٠٠٥). بعض أساليب المعاملة الوالدية كما يدركها الأبناء وعلاقتها بالأمن النفسي لذاتهم ، مجلة العلوم التربوية (يصدرها معهد الدراسات التربوية جامعة القاهرة) ، ٣ ، ١ - ٢١ .

جمعة سيد يوسف (٢٠٠٠). الاضطرابات السلوكية وعلاجها. القاهرة: دار الغريب.

حامد عبد السلام زهران (١٩٨٤). علم النفس الاجتماعي .الطبعة الخامسة. القاهرة : عالم الكتب.

حامد عبدالسلام زهران (٢٠٠٥ - أ). الصحة النفسية والعلاج النفسي . القاهرة : عالم الكتب.

حامد عبدالسلام زهران (٢٠٠٥- ب). التوجيه والإرشاد النفسي. ط٢. القاهرة: عالم الكتب.

حجاج غانم أحمد على (٢٠٠١). بعض العوامل النفسية والاجتماعية الكامنة وراء اضطراب عجز الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية، دراسة باستخدام تحليل المسار. رسالة ماجستير، كلية التربية ، جامعة جنوب الوادي.

حسن شحاتة (١٩٩٤). أدب الطفل العربي (دراسات وبحوث). القاهرة : الدار المصرية اللبنانية.

حسن شحاتة (١٩٩٢). تعليم اللغة العربية بين النظرية والتطبيق. القاهرة : الدار المصرية اللبنانية.

حمدان محمود فضة ، وسليمان رجب سيد أحمد (٢٠٠٧). العلاج النفسي لذوى صعوبات التعلم (الراشدون والموهوبون). ورقة عمل مقدمة إلى المؤتمر العلمي الأول لقسم الصحة النفسية ، كلية التربية ، جامعة بنها فى الفترة من ١٥ - ١٦ يوليو ، ٨٨٩ - ٩٠٨.

حمدي شاكر محمود (٢٠٠٤). التوجيه والإرشاد الطلابي للمرشدين والمعلمين . حائل : دار الأندلس للنشر والتوزيع.

حمدي شاكر محمود (١٩٩١). النشاط الحركي الزائد وعلاقته ببعض متغيرات توافق الشخصية لدى بعض تلاميذ الصفين الثاني والثالث من التعليم الأساسي. مجلة كلية التربية ، جامعة أسيوط ، العدد العاشر ، الجزء الأول .

خالد إبراهيم الفخرانى (١٩٩٥). التآزر البصري - الحركى لدى عينة من الأطفال مضطربي الانتباه مع النشاط الزائد وبدونه. المؤتمر الدولي الثاني « لمركز الإرشاد النفسي بجامعة عين شمس ، ٢٥ - ٢٧ ديسمبر ، ٢٣٦ - ٢٥٤.

خالد عبد الرازق السيد (٢٠٠٢) . سيكولوجية اللعب .الإسكندرية : مركز الإسكندرية للكتاب.

خوله احمد يحيى (٢٠٠٠). الاضطرابات السلوكية والانفعالية. عمان - الأردن : دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع.

خير الدين على عويس (١٩٩٧). دليل البحث العلمي. القاهرة : دار الفكر العربي.

دانيـيل جـولمان (٢٠٠٠). الذكاء العاطفي. ترجمة : ليلي الجبالي. سلسلة عالم المعرفة (تصدر عن المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب بالكويت)، العدد ٢٦٢٤.

رائد خليل العبادي (٢٠٠٦). مقاييس فى الاضطرابات السلوكية. عمان - الأردن : مكتبة المجتمع العربي للنشر الدولي.

رضا أحمد الأدغم ، جمال الدين الشامي ، عبد الناصر سلامة الشبراوى (١٩٩٩). فاعلية استخدام بعض استراتيجيات التدريس فى تحصيل تلاميذ الصف الرابع الابتدائي مضطربيْ الانتباه مفرطى النشاط فى اللغة العربية . www.gulfkids.com

رضا أحمد الخشرمى (٢٠٠٥)، العلاقة بين اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد وصعوبات التعلم دراسة تحليلية . www.gulfkids.com

ريتا مهرج (٢٠٠٢). أولادنـا من الـولادة حتى المراهقة . بيروت : أكاديمية انترناشونال.

زكريا الشربينى (١٩٩٤). المشكلات النفسية عند الأطفال. القاهرة : دار الفكر العربي.

زكريا الشربينى (٢٠٠٤). طفل خاص بين الإعاقات والمتلازمات تعريف وتشخيص. القاهرة : دار الفكر العربي

زكريا الشربينى ، ويسريه صادق (١٩٩٦). تنشئة الطفل وسبل الوالدين في معاملته ومواجهة مشكلاته. القاهرة : دار الفكر العربي.

زيدان السرطاوي وكمال سالم سيسالم (١٩٩٢). المعوقون أكاديمياً وسلوكياً. خصائصهم وأساليب تربيتهم. الرياض : مكتبة الصفحات الذهبية.

سعد جلال (١٩٨٦). في الصحة العقلية : الأمراض النفسية والعقلية والانحرافات السلوكية. القاهرة : دار الفكر العربي .

سعيد بن عبد الله إبراهيم دبيس والسيد إبراهيم السمادونى (١٩٩٨). فعالية التدريب على الضبط الذاتي فى علاج اضطراب عجز الانتباه المصحوب بالنشاط الحركى الزائد لدى الأطفال المتخلفين عقليا القابلين للتعلم. مجلة علم النفس (تصدر عن الهيئة المصرية العامة للكتاب) ، ٤٦ ، ١٢ ، ٨٨ - ١٢١.

سعيد حسنى العزة (٢٠٠١). الإرشاد النفسي أساليبه وفنياته . عمان : الدار العلمية الدولية ودار الثقافة للنشر والتوزيع.

سعيد حسني العزة وجود عبد الهادي (٢٠٠١). تعديل السلوك الإنساني ، دليل الآباء والمرشدين التربويين في القضايا التعليمية والنفسية والاجتماعية. عمان ، الدار العلمية الدولية ودار الثقافة للنشر والتوزيع .

سليجمان ودار لينج (٢٠٠١) : إعداد الأسرة والطفل لمواجهة الإعاقة ، ترجمة: إيمان فؤاد كاشف ، القاهرة ، دار قباء للطباعة والنشر .

سميرة البدرى (٢٠٠٥). مصطلحات تربوية ونفسية. عمان - الأردن : دار الثقافة للنشر والتوزيع.

سهام علي عبد الحميد (١٩٩٦). أثر التدريب علي مهارات التفاعل الاجتماعي علي علاج السلوك الانطوائي لدي الأطفال المحرومين من الرعاية الوالدية. المجلة المصرية للتقويم التربوي (تصدر عن المركز القومي للامتحانات والتقويم التربوي) ، ٤ ، ١ ، ، ٣٣ - ٧٥.

سهير كامل أحمد (٢٠٠٢). سيكولوجية الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة. القاهرة : مركز الإسكندرية للكتاب.

سهير محمود أمين (١٩٩٦): مدى فاعلية استخدام أسلوب الإرشاد الجماعي فى علاج السلوك اللاتوافقى لدى المعاقين عقليا والمصابين بأعراض داون من فئة القابلين للتعلم. المؤتمر الدولي الثالث للإرشاد النفسي، جامعة عين شمس.

سوزانا ميلر (١٩٩٤). سيكولوجية اللعب عند الإنسان. ترجمة : حسين عيسي . القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية .

السيد إبراهيم السمادونى (١٩٨٩). فرط النشاط عند الأطفال «دراسة استطلاعية». مجلدة دراسات تربوية ، ٥ ، ١٢ ، ٢٠١ - ٢٣٣.

السيد إبراهيم السمادونى (١٩٩٠). قائمة كونرز لتقدير سلوك الطفل. كراسة التعليمات. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية .

السيد إبراهيم السمادونى (١٩٩١). الانتباه السمعي والبصري لدى الأطفال ذوى النشاط الزائد. دراسة ميدانية. المؤتمر الثالث للطفولة ، مركز دراسات الطفولة ، جامعة عين شمس ، ٩٣٦ - ٩٥٥ .

سيد الجراحي (٢٠٠٢). الأطفال التوحيديين وضرورة الدمج. بالمؤتمر الثامن للإتحاد النوعي لذوى الاحتياجات الخاصة والمعاقين.

سيد صبحى (١٩٨٤). التفاؤل والتشاؤم دراسة نفسية بين الكفيف والمبصر. القاهرة، بحث منشور فى المركز النموذجى لرعاية وتوجيه المكفوفين.

السيد على السيد أحمد وفائقة محمد بدر (١٩٩٩). اضطراب الانتباه لدى الأطفال ، أسبابه وتشخيصه وعلاجه. القاهرة : مكتبة النهضة العربية .

السيد علي سيد أحمد (١٩٩٩). مقياس ضعف الانتباه المصحوب بزيادة النشاط الحركي لدي الأطفال. القاهرة : مكتبة النهضة المصرية.

شارلز شيفر، وهوارد ميلمان (١٩٨٩). مشكلات الأطفال والمراهقين وأساليب المساعدة فيها. ترجمة نسيمه داود ونزيه حمدي. عمان - الأردن : منشورات الجامعة الأردنية.

شكري حامد نزال (٢٠٠٩). أثر استخدام أسلوب التعَلم التعاوني في التحصيل الاحتفاظ بالمعلومات (بالتعَلم) في مساق طرائق التدريس والتدريب العامة دراسة تجريبية ميدانية في فرع دبي جامعة القدس المفتوحة. مجلة جامعة دمشق ، ٢٥ ، ١ ، ٢ ، ٣٣٥ - ٣٦٠.

صالح بن محمد العريني (٢٠٠٩). أساليب التنشئة الأسرية وعلاقتها بالذكاء الأخلاقي لطلاب المرحلة الثانوية بمدينة الرياض . دراسات عربية في علم النفس (تصدر عن رابطة الأخصائيين النفسيين المصرية)، ٨ ، ٣ ، ٥٣٣-٥٨١.

صالح حزين السيد (١٩٩٣). إساءة معاملة الأطفال - دراسة إكلينيكية ، دراسات نفسية (تصدر عن رابطة الأخصائيين النفسيين المصرية)، ٣ ، ٤ ، ٤٩٩-٥٢٤.

صلاح الدين حسين الشريف (١٩٩١). دراسة النشاط وعلاقته بالاستعداد الذهنى وأساليب معاملة الأم لدى أطفال ما قبل المدرسة «دراسة تجريبية». مجلة كلية التربية (تصدر عن كلية التربية بجامعة أسيوط) ، ٧ ، ٢ ، ٦٢٥ - ٦٦٩.

طلعت منصور (٢٠٠٢). استراتيجيات الصحة النفسية في التعامل مع الاضطرابات السلوكية والانفعالية لدى ذوي الاحتياجات الخاصة. ندوة الاضطرابات السلوكية والانفعالية لدى ذوي الاحتياجات الخاصة، نظمتها جامعة الخليج العربي، بالتعاون مع برنامج مؤسسة سلطان بن عبد العزيز آل سعود للتربية الخاصة، البحرين.

عادل عبد الله محمد (٢٠٠٠). العلاج المعرفي السلوكي. القاهرة : غريب للطباعة والنشر.

عادل عبد الله محمد وسليمان محمد سليمان (٢٠٠٥). المهارات الاجتماعية لأطفال الروضة ذوي قصور المهارات قبل الأكاديمية كمؤشر لصعوبات التعلم. المؤتمر السنوي الثاني عشر لمركز الإرشاد

النفسي (الإرشاد النفسي من أجل التنمية في عصر المعلومات) ، كلية التربية ، جامعة عين شمس ، ٢٥ - ٢٧ ديسمبر ٤٠٥ - ٤٤٣.

عبد الرحمن العيسوى (١٩٧٩). العلاج النفسي. الإسكندرية : دار الفكر الجامعي.

عبد الرحمن العيسوى (١٩٩٣). علم النفس الأسرى وفقاً للتصور الإسلامي والعلمي. بيروت : دار النهضة العربية.

عبد الرحمن العيسوي (١٩٩٨). علم النفس والتربية والاجتماع. بيروت : دار الكتب الجامعية.

عبد الرحمن سيد سليمان (١٩٩٩). السيكودراما مفهومها وعناصرها واستخداماتها. القاهرة : مكتبة زهراء الشرق.

عبد الرقيب أحمد إبراهيم البحيرى (٢٠٠٥). نماذج تربية وقت الفراغ لدي الأفراد ذوي التخلف العقلي. المؤتمر العلمي السنوي الثالث عشر من ١٣ - ١٤ مارس «التربية أفاق جديدة في تعليم ورعاية ذوى الاحتياجات الخاصة - المعاقون والموهوبون في الوطن العربي. كلية التربية ، جامعة حلوان ، ٣٥٥ - ٣٨٤ .

عبد الستار إبراهيم ، وعبد العزيز الدخيل ، ورضوي محمد (١٩٩٣). العلاج السلوكي للطفل (أساليب ونماذج من حالاته). سلسلة عالم المعرفة (يصدرها المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب بالكويت)، ١٩٨.

عبد الستار أحمد إبراهيم (١٩٨٨). علم النفس الإكلينيكي ، مناهج التشخيص والعلاج النفسي. الرياض : دار المريخ للطباعة والنشر.

عبد العزيز السيد الشخص (٢٠٠٦). قاموس التربية الخاصة والتأهيل لذوى الاحتياجات الخاصة . القاهرة : مكتبة الأنجلو المصرية .

عبد العزيز السيد الشخص، زيدان أحمد السرطاوي (١٩٩٨). دراسة احتياجات أولياء أمور الأطفال المعوقين لمواجهة الضغوط النفسية. إتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة والمعوقين، المؤتمر السابع، ٨-١٠ ديسمبر.

عبد العزيز الشخص ، وعبد الغفار الدمياطي (١٩٩٢). قاموس التربية الخاصة وتأهيل غير العاديين. القاهرة : مكتبة الأنجلو المصرية.

عبد المجيد سيد منصور ، زكريا أحمد الشربينى (١٩٩٨). علم نفس الطفولة – الأسس النفسية والاجتماعية والهدى الإسلامي. القاهرة : دار الفكر العربي.

عبد المطلب أمين القريطي (٢٠٠٥). سيكولوجية ذوى الاحتياجات الخاصة وتربيتهم ، طبعة ٤ ، القاهرة ، دار الفكر العربي.

عبد المطلب أمين القريطي (٢٠٠٥). في الصحة النفسية. القاهرة : دار الفكر العربي.

عبد المنعم عبد الله حسيب (٢٠٠١). المهارات الاجتماعية وفعالية الذات لطلاب الجامعة المتفوقين والعاديين والمتأخرين دراسياً. مجلة علم النفس (تصدر عن الهيئة المصرية العامة للكتاب) ، ٥٩ ، ١٥ ، ١٢٤ – ١٣٩.

عبد الواحد حميد الكبيسى (٢٠٠٧). القياس والتقويم تجديدات ومناقشات . عمان : دار جرير.

عبدالرحمن سيد سليمان (٢٠٠١). سيكولوجية ذوى الحاجات الخاصة (الخصائص والسمات). القاهرة : زهراء الشرق.

عبدالرحمن عيسوي (١٩٩٣). مشكلات الطفولة والمراهقة: أسسها الفسيولوجية والنفسية. بيروت ، دار العلوم للنشر والتوزيع .

عبدالرحمن عيسوي (١٩٩٣). مشكلات الطفولة والمراهقة: أسسها الفسيولوجية والنفسية. بيروت: دار العلوم للنشر والتوزيع.

عبدالرقيب أحمد إبراهيم البحيرى وعفاف محمد محمود عجلان (١٩٩٧). مقياس انتباه الأطفال وتوافقهم ، كراسة التعليمات. القاهرة : دار النهضة العربية.

عبدالستار إبراهيم (١٩٩٨). العلاج النفسي السلوكى المعرفي الحديث . ط٢، القاهرة : دار الفجر.

عبدالمنعم أحمد الدردير (١٩٩٩). بعض العوامل النفسية للتلاميذ ذوى اضطراب عجز الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد مقارنة بالتلاميذ الأسوياء. مجلة دراسات تربوية واجتماعية (تصدر عن كلية التربية بجامعة حلوان) ، ٤ ، ٥ ، ٥١ - ١٠٢ .

عدنان ناصر الحازمى (٢٠١٠). التدريس لذوى الإعاقة الفكرية. عمان : دار المسيرة للنشر والتوزيع.

عزة الطويل (١٩٩٥). معالم علم النفس المعاصر . الإسكندرية : دار المعرفة الجامعية

عفاف محمد محمود عجلان (١٩٩١). بعض المشكلات السلوكية لدي أطفال ما قبل المدرسة وعلاقتها ببعض المتغيرات المتعلقة بالطفل والأسرة ونوعية الرعاية المقدمة في دور الحضانة. رسالة دكتوراه ، كلية التربية ، جامعة أسيوط .

علا عبد الباقي قشطه (١٩٩٩). علاج النشاط الزائد لدي الأطفال باستخدام برامج تعديل السلوك. القاهرة : مكتبة الجريس للطباعة.

علاء الدين أحمد كفافى (١٩٩٩) : الإرشاد والعلاج النفسي الأسرى، المنظور النسق الاتصالي ، القاهرة ، دار الفكر العربي.

علاء الدين أحمد كفافى (٢٠٠٥). الصحة النفسية والإرشاد النفسي. ط ٢. القاهرة : دار النشر الدولي للنشر والتوزيع.

علاء الدين احمد كفافي (١٩٨٩). التنشئة الوالدية والأمراض النفسية : دراسة أمبيريقيه - إكلينيكية ، القاهرة ، هجر للطباعة والنشر.

علي فالح الهنداوي (٢٠٠٣). سيكولوجية اللعب. مكتبة الفلاح للنشر والتوزيع، الكويت.

عماد محمد مخمير وهبة محمد على (٢٠٠٦). المشكلات النفسية للأطفال بين عوامل الخطورة وطرق الوقاية والعلاج . القاهرة : مكتبة الأنجلو المصرية.

عواطف إبراهيم (١٩٩٤). الطرق الخاصة بتربية الطفل وتعليمه في الروضة. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

فاديه محمد ذكي علوان (٢٠٠٣) .مقدمة في علم النفس الارتقائي . القاهرة : مكتبة الدار العربية للكتاب .

فـاروق الروسـان (٢٠٠٠). أثر متـغيـري العمر العقلي والزمني في الأداء علي مقياس مهارات الكتابة ، دراسة علي طلبة عاديين ومعوقين عقلياً في الأردن. في فاروق الروسان دراسات وبحوث في التربية الخاصة ، عمان : دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع.

فاروق الروسان (٢٠٠٦). قاموس مصطلحات في التربية الخاصة والإعاقة العقلية. عمان: دار الفكر.

فاروق عبد السلام (١٩٩٧). مدخل إلى الإرشاد التربوي والنفسي. الرياض : الدار السعودية للنشر والتوزيع.

فاروق محمد صادق (١٩٧٦). سيكولوجية التخلف العقلي. الرياض : مطبوعات جامعة الرياض.

فاروق محمد صادق (١٩٩٨). من الدمج إلي التآلف والاستيعاب الكامل : تجارب وخبرات عالمية فى دمج الأفراد المعوقين فى المدرسة والمجتمع وتوصيات إلى الدول العربية. ندوة تجارب دمج الأشخاص ذوى الاحتياجات الخاصة فى دول مجلس التعاون الخليجي : التطلعات والتحديات . البحرين – جامعة الخليج ، ٢- ٤ مارس ، ١٣- ٥٢.

فتحي مصطفى الزيات (١٩٩٨). صعوبات التعلم :- الأسس النظرية والتشخيصية والعلاجية. القاهرة : دار النشر للجامعات.

فوقية حسن رضوان (٢٠٠٣). دراسات فى الاضطرابات النفسية. القاهرة : دار الكتاب الحديث.

فيصل حسين العلى (١٩٩٨). المرشد الفني لتدريس اللغة العربية . عمان : دار الثقافة للنشر والتوزيع.

فيصل محمد خير الزراد (٢٠٠٥). العلاج المعرفي السلوكي. الإمارات : دار العلم للملايين.

قاسم عبد الله (٢٠٠١). اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد لدى الأطفال. مجلة الطفولة العربية (تصدر عن كلية التربية بجامعة حلب) ، ٤ ، ٢٢ - ٤١ .

كافيه رمضان (١٩٨٧). التنشئة الأسرية وأثرها في تكوين شخصية الطفل العربي. مجلة علم النفس (تصدر عن رابطة الأخصائيين النفسيين المصرية)، ٤ ، ٣ ، ٩٣ - ١٢٥

كاميليا عبدالفتاح (١٩٩٨). سيكولوجية العلاج الجماعي للأطفال ، دار قباء القاهرة.

كريمان بدير (٢٠٠٨). التعلم النشط. عمان (الأردن): دار المسيرة للنشر والتوزيع.

كمال إبراهيم مرسي (١٩٨٨) . علاقة بعض سمات الشخصية بادراك المعاملة الوالدية في الطفولة. المجلة التربوية .الكويت . ١٥ ، ٤.

كمال محمد الدسوقي (١٩٩٠). ذخيرة علوم النفس. المجلد الثاني ، القاهرة : مؤسسة الأهرام.

لطفي بركات أحمد (١٩٨١). تربية المعوقين فى العالم العربي . الرياض : دار المريخ.

لويس كامل مليكه (١٩٩٠). العلاج السلوكى وتعديل السلوك. الكويت: دار القلم للنشر والتوزيع.

ليونارد شارلز (١٩٨٤). لماذا ينحرف الأطفال ؟ سلسلة دراسات سيكولوجية. ط ٢. ترجمة : محمد نسيم رأفت وعبدالعزيز القوصى ، القاهرة : مطبعة المعرفة.

ماجدة السيد عبيد (٢٠٠٠). تعليم الأطفال المتخلفين عقلياً. عمان : دار صفاء للنشر والتوزيع.

ماريا بيرس (١٩٩٧). اللعب ونمو الطفل. ترجمة : عبد الرحمن سليمان . القاهرة : مكتبة زهراء الشرق.

مجدي عزيز إبراهيم (٢٠٠٣). مناهج ذوي الاحتياجات الخاصة في ضوء متطلباتهم الإنسانية والاجتماعية والمعرفية. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

محمد احمد خدام مشاقبة (٢٠٠٨). مبادئ الإرشـاد النفسي للمرشدين والأخصائيين النفسيين. عمان : دار المناهج للنشر والتوزيع.

محمد السيد عبد الرحمن ومني خليفة علي (٢٠٠٣). تدريب الأطفال ذوى الاضطرابـات السلوكيـة علـي المهـارات النمـائيـة ، دليل الآباء والمعالجين. القاهرة ، دار الفكر العربي.

محمد النوبي محمد (٢٠٠١). أساليب المعاملة الوالدية وعلاقتها بمستوي الطموح لدي الأطفال الصم. رسالة ماجستير ، كلية التربية، جامعة الزقازيق .

محمد جعفر جمل الليل (٢٠٠٩). أساسيات في الإرشاد النفسي. جدة : مكتبة خوارزم العلمية.

محمد حسين عبد المؤمن (١٩٨٦). مشكلات الطفل النفسية. القاهرة: دار الفكر الجامعي.

محمد عبد السميع رزق (٢٠٠٦). الذكاء الأخلاقي وعلاقته بالوالدية المتميزة من وجهة نظر الأبناء. مجلة كلية التربية (تصدر عن كلية التربية بجامعة المنصورة) ، ٦٠ ، ٣ – ٥٠ .

محمد عبدالظاهر الطيب (١٩٩٦). مشكلات الأبناء وعلاجها من الجنين إلى المراهق. الإسكندرية : دار المعرفة الجامعية.

محمد على كامل (١٩٩٦). سيكولوجية الفئات الخاصة. القاهرة : مكتبة النهضة الحديثة .

محمد متولي قنديل ، ورمضان مسعد بدوي (٢٠٠٥). مهارات التواصل بين البيت والمدرسة. القاهرة : دار الفكر.

محمد محروس الشناوي (١٩٩٧). التخلف العقلي الأسباب - التشخيص- البرنامج. القاهرة : دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع.

محمد محروس الشناوي ومحمد السيد عبد الرحمن (١٩٩٨). العلاج المعرفي الحديث أسسه وتطبيقاته. القاهرة : دار قباء للطباعة والنشر.

محمود عبد الحليم منسي (٢٠٠٣). التعليم (المفهوم- النماذج - التطبيقات) ، القاهرة : مكتبة الأنجلو المصرية .

محمود عبدالرحمن حمودة (١٩٩٨) : الطفولة والمراهقة : المشكلات النفسية والعلاج ، ط ٢ ، القاهرة ، دار النهضة المصرية .

محمود عطا عقل (١٩٩٦). النمو الإنساني. الرياض : دار الخريجي للنشر والتوزيع.

مصطفى أبو المجد سليمان (٢٠٠٢). فاعلية أسلوبي التعزيز التفاضلي وتكلفة الاستجابة فى خفض حدة السلوك الفوضوي لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية. رسالة دكتوراه ، كلية التربية ، جامعة جنوب الوادي.

مصطفى أحمد (١٩٩٦). الإرشاد النفسي لأسر الأطفال غير العاديين. القاهرة: عالم الكتب.

مصطفى الخشاب (١٩٨١). دراسات في علم الاجتماع العائلي. بيروت : دار النهضة العربية.

مصطفى القمش ، وخليل المعايطة ، ومحمد البواليز (٢٠٠٨). القياس والتقويم فى التربية الخاصة. ط ٢. عمان : دار الفكر ناشرون وموزعون.

مصطفى حسن أحمد (١٩٩٦): الإرشاد النفسي لأسر الأطفال غير العاديين. الطبعة الأولى - كلية التربية - جامعة عين شمس.

مصطفى كامل (١٩٨٧). معجم علم النفس والتحليل النفسي. بيروت: دار النهضة العربية.

معتز عبيد (٢٠٠٨). مهارات الحياة للجميع. نحو برنامج إرشادي لتربية المراهق. القاهرة : دار العالم العربي.

ممدوحة محمد سلامة (١٩٨٩). التشويه المعرفي لدي المكتئبين وغير المكتئبين. مجلة علم النفس. تصدر عن الهيئة المصرية العامة للكتاب ١١ ، ٤١-٥١.

ممدوحة محمد سلامة (١٩٨٦). الإرشاد النفسي من منظور إنمائي. حلوان : مطبوعات الجامعة.

ممدوحة محمد سلامة (١٩٨٧). مخاوف الأطفال وإدراكهم للقبول /الرفض الوالدي. مجلة علم النفس (تصدر عن الهيئة المصرية العامة للكتاب بالقاهرة) ، ٢ ، ٥٤ - ٦١.

منى الحديدى وجمال الخطيب (٢٠٠٥). استراتيجيات تعليم الطلبة ذوى الحاجات الخاصة . عمان : دار الفكر ناشرون وموزعون.

مني خليفة علي حسن (٢٠٠٤). أساليب العقاب الوالدية وعلاقتها بقلق الانفصال كما يدركها الطفل في مرحلة الروضة. مجلة علم النفس (تصدرها الهيئة المصرية العامة للكتاب بالقاهرة) ، ٦٩-٧٠، ٥٨ - ٧٧ .

مواهب إبراهيم عياد ، وليلي الخضري (١٩٩٥). إرشاد الطفل توجيهه في الأسرة ودور الحضانة ، الإسكندرية ، المعارف .

مواهب إبراهيم عياد ، وليلي إبراهيم عياد (١٩٩٥). إرشاد الطفل توجيهه في الأسرة ودور الحضانة ، الإسكندرية ، المعارف .

ميادة محمد الناطور ، وجهاد القرعان (٢٠٠٨). أثر برنامج سلوكي معرفي فى معالجة الأعراض الأساسية لاضطراب ضعف الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد. مجلة دراسات نفسية تصدر عن رابطة الأخصائيين النفسين المصرية - رانم) ، ١٨ ، ٢ ، ٣٠٣ -٣٣١.

ميشيل ارجايل (١٩٨٢). علم النفس ومشكلات الحياة اليومية. ترجمة : إبراهيم عبد الستار ، القاهرة : مكتبة مدبولي.

نبيل السيد حسن (١٩٩٦). دراسة لبعض القدرات العقلية والمتغيرات الفسيولوجية من حيث علاقتها بالنشاط الزائد لدى الأطفال. مجلة

دراسات نفسية (تصدر عن الجمعية المصرية للدراسات النفسية)، ١٥ ، ١٨٠ – ٢١١.

نبيلة محمد رشاد (١٩٩٧). العوامل النفسية وعلاقتها باضطراب الانتباه لدى الأطفال فى المرحلة الابتدائية. ملخص رسالة دكتوراه منشورة ، مجلة معوقات الطفولة (تصدر عن مركز معوقات الطفولة بجامعة الأزهر) ، ٦ ، ٣٤٠ – ٣٤٤.

نجم الدين مردان (٢٠٠٥). النمو اللغوي وتطوره في مرحلة الطفولة المبكرة. الكويت : دار الفلاح.

نصرة محمد جلجل (١٩٩٤). العسر القرائى الدلسيكيا دراسة تشخيصية علاجية. القاهرة : مكتبة النهضة المصرية.

هادي مشعان ربيع (٢٠٠٥). الإرشاد التربوي النفسي من المنظور الحديث. الأردن : مكتبة المجتمع العربي للنشر والتوزيع.

هدى محمد قناوي (١٩٩٥). الطفل وألعاب الروضة . القاهرة : مكتبة الأنجلو المصرية.

وليد موسى القصاص (????). فاعلية برنامج إرشاد جمعي في خفض السلوك الفوضوي لدى طلبة الصف العاشر الأساسي في مدرسة حواره الشاملة للبنين. رسالة ماجستير ، الجامعة الهاشمية، الزرقاء : الأردن.

يوسف ذياب عواد (٢٠١٠). الاحتراق النفسي لمعلمي المدارس الأساسية الحكومية الناتج عن دمج الطلبة ذوى الاحتياجات الخاصة فى الصفوف العادية. مجلة جامعة النجاح للأبحاث (العلوم الإنسانية)، ٢٤ ، ٩ ، ٢٤٩٦ – ٢٥٢٦.

يوسف علي فهد الرجيب (٢٠٠٧). مهارات توكيد الذات وعلاقتها بأساليب التنشئة الوالدية. مجلة دراسات الطفولة (يصدرها معهد الدراسات العليا للطفولة ، جامعة عين شمس) ، ٣٤ ، ٤٧ – ٧٨ .

المراجع الأجنبية:

A· A· C· A· P., American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (1997)· Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with conduct disorder· Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 36 (supplement); 122S–139S·

A· A· C· A· P., The American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (2004)· Conduct Disorder· Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 40 (supplement); 122S–139S·

Aikoff, H, B· (2002) : Observed Classroom Behavior of Children with ADHD : Relationship to Gender and Comorbidity, Journal of Abnormal Child Psychology, on line , available at :

Alan, E· & Kazdin, A· (1994)· Behavior modification in applied settings bchmant, California : Dorsey press·

Allen, S & Clifford, H, V (2004): Mental Retardation , New Yourk, NY, US: Brunner– Routledge· Xxxi

American Academy of Child & Adolescent Psychiatry (AACAP)· (2007)· Preventive effects of treatment of disruptive behavior disorder in middle childhood on substance use and elinquent behavior· Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 46 (1), 33– 39·

American Psychiatric Association (2000)· Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed., Text Revision

(DSM–IV–TR). Washington, DC: American Psychiatric Press.

American Psychiatry Association (1994) : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders , 4th ed., D.S.M.–IV , Washington, D. C. APA.

Andrea, C. & Victoria, S. (2000) : Attention problems, Commu- nique Specialesition, spring, National as sociation of school Psychologists, Bethesda, Online, available at : http://www.naspweb.org .

Ann, G., K. (1998) : Reading achievement and instructional inler- actions : A Development comparison of primary grade students With ADHD and their typical peers, PHD., Diss. Abs. Int., vol. 57, No. 07A, p. 2854 .

Archie, S., A. (1992) : The heterogeneity of ADHD and some implications for education, paper presented at the international conference of the learning disabilities association, Atlanta, GA, March, 4 – 7 .

Arcia , E ; Castillo , H & Fernandez , M (2004) : Mental Cognitions about Distress and Anxiety in Young Latino Children with Disruptive Behavior , Transcultural Psychiatry, March , PP. 99– 199.

Ardoin, S, P(2003) :Training children to make Accurate Self- evaluations: effects on behavior and the Quality of Self –Ratings, Journal of Behavior education 13 CJ ,DD .L – 23.

Arsenio ,W,F ; Gold, J & Adams, E (2004). Adolescents' Emotion Expectancies Regarding Aggressive and Nonaggressive

Events : Connections with Behavior Problems , Journal of Experimental Child Psychology, V. 89, PP. 338-355.

August, G, J ; Egan, E, A ; Realmuto, G, M & Hektner (2003). Parceling Component Effects of A Multifaceted Prevention Program for Disruptive Elementary School Children, Journal of Abnormal Child Psychology ,N.31 (5), PP. 515-527.

Austin, J. (1999). Zen and the brain: Toward an understanding of meditation and consciousness. London: MIT Press.

Barkley, R.(2005). ADHD and the Nature of Self- Control. ublication Date: September 2005 ISBN 1-59385-231-2. On line http://www.russellbarkley.org/adhd-nature-of-self-control-book.htm.

Barkley. R. & Gadzinsky. G. & Dupaul . G (1992) : forntal lope functions ADD with and without hyperactivity : A review of research report. J., of Abnormal Child Psychology, Vol. 20, No. 2, pp:163-184.

Barry, TD ; Dunlap, ST ; Cotton, SJ ; Lochman, J ,E & Wells, k (2005). The influence of Maternal Stress and Distress on Disruptive Behavior Problems in Boys, Journal Am Acad Child Adolesc Psychiatry , March, V. 44 (3), PP. 265-273 .

Bernazzani, O; Cote, C & Tremblay, R, E. (2001). Early Parent Training to prevent Disruptive Behavior Problems and Delinquency in Children, Annals, 578, November, PP. 90 - 103 .

Bird, HR, Davies. M,Duarte, CS,Shen,S,Loeber ,R Canino, GJ

(2006): A study of Disruptive behavior Disoders in puerto Rican youth : 11. Baseline prevalence,comorbidity,and correlates in two sites ,d., Am Acad child adolesc psychiatry, sep, 45(a),pp. 1042–1053.

Boesky, L. (2002). Juvenile Offenders with Mental Health Disorders: Who Are They and What Do We Do With Them? Oppositional Defiant Disorder and Conduct Disorder. Maryland: American Correctional Association, 36–60.

Braithwaite, K., Duff, J., & Westworth, I. (2001). Conduct disorder in children and adolescents. [Online]. Available: http://www.adhd.com.au/conduct.html. [June 2010].

Breslow, R, E ; Klinger, B , I & Erickson, B (1999) : The Disruptive Behavior Disorders in the Psychiatric Emergency Service, General Hospital Psychiatry , V.21, PP. 214 – 219.

Brosnan, R. and Carr, A. (2000). What works for children and adolescents? Edited by Carr, A. London: Routledge.

Brown, T. & Barlow, D. (1997). Casebook in abnormal psychology. New York: Brooks/Cole.

Burke, J. D.; Hipwell , A. E.& Loeber , R. (2010). Dimensions of Oppositional Defiant Disorder as Predictors of Depression and Conduct Disorder in Preadolescent Girls. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 49, 5, 484–492.

Burket, R. C. & Myers, W. C. (1995). Axis I and personality comorbidity in adolescents with conduct disorder. [Online]. Available: America On-line, Medline Record.

Bussing, R.; Gaty, F., A.; Mason, D., M.; Leon, C., E.; Sinha, K. &

Gervan, C., W. (2003) : Child temperament, ADHD and caregiver strain : exploring relationships in an epidemiological sample, J., of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, Vol. 42, No. 2, pp. 184 - 192.

Calzada, E ; Eyberg, S ; Rich, B & Querido (2004) : Parenting Disruptive Preschools : Experiences of Mothers and Fathers, Journal of Abnormal Child Psychology, April, V. 32, N. 2, PP. 203 - 213.

Campbell, M., Kafantaris, V., & Cueva, J. (1995). An update on the use of lithium carbonate in aggressive children and adolescents with conduct disorder. [On-line]. Available: America On-line, Medline Record.

Carr, A. (1999). The Handbook of Child and Adolescent Clinical Psychology. A Contextual Approach. London: Routledge.

Carson, R., C. & Butcher, J., N. (1992) : Abnormal Psychology and Modern life, 9 Ed., Harper Collins Dublishers, New Yourk.

Chadwick, O; piroth, N; Walker, J Bernard, S(2000): Factors affecting The risk Of behoviour Problem Children With Severe Lntellectuol disability, Journal Lntelleet Disabil Res, Apr; 44(Dt2),pp. LO 8-123.

Charlebois, Pierre ; Brendgen , M ; Vitaro , F; Nomandeau , S & Boudreau, J (2004) : Examining Dosage Effects on Prevention Outcomes : Results from a Multi - Modal Longitudinal preventive Intervention for Young Dis-

ruptive Boys, Journal of School Psychology, V. 42, PP. 201 - 220.

Choi, D. & Kim, J. (2003). Practicing Social Skills Training for Young Children with Low Peer Acceptance : A Cognitive - Social Learning Model. Early Childhood Education Journal, 31, 1, 41- 46 .

Choler, B , J & Friedman, D , H (2004) : Psychoanalysis and The Early Beginnings of Treatment for Troubled Youth, Child Adolesc. Psychiatry Clin, N, Am, April, V. 13(2), PP. 237 - 254.

Christophersen, E., & Mortweet, S. (2001). Treatments That Work With Children: Empirically Supported Strategies for Managing Childhood Problems. American Psychological Association.

Christos, P.& Michael, K. (2004). A home and school support project for children excluded from primary and first year secondary school. Child and Adolescent Mental Health, 9(3), 109-114.

Coleman, C & Holmes, P (1998) : The use Noncontingent Escape to reduce Disruptive Behaviors in Children with Applied Behavior Analysis, V. 31, N. 4, Winter, PP.687 - 690.

Comaty, J. E. ;Stasio, M. & Advokat, C. (2001). Analysis of Outcome Variables A Token Economy System in A State Psychiatric Hospital. Res., Dev., Disabilities, 22 (3), 233 - 253.

Conner, D., F.; Ards, G.; Fletcher, K., E.; Baird, J.; Barkley, R.,

A.; & Steingard, R., J. (2003) : Correlates of comorbid psychopathology in children with ADHD, J., of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, Vol. 42 (2), No. 2, pp. 193 – 200 .

Conyers, C.; Miltenberger, R.; Maki, A.; Barenz, R.; Jurgens, M.; Sailer, A.; Haugen, M. & Kopp, B. (2004) . a comparison of response cost and differential reinforcement of other behavior to reduce disruptive behavior in a preschool classroom , journal of applied behavior analysis, 37, 411–415.

Cooper, P. & O'regan, F., J. (2001). Educating Children with ADHD, 11 New Fetter lane, London, EC4P4EE.

Coppola, G ; Morelli , E ; Bravaccio , C & Gritti , A (2004) : Unusual Compulsive Motor Activity during Treatment with Clothiapine in Mentally Retarded Adolescent , Brain and Development , V. 26 , Issue 6 , September , PP. 409 – 411.

Costigan, L ; C ; Floyd, F, J & Harter , K (1997) : Family Process and Adaptation to Children with Mental Retardation : Disruptive and Resilience in Family Problem – Solving Interactions , Journal of Family Psychology , V.11, Issue 4 , December, PP. 515 – 529.

Da Fonsec, D.; Cury, F.;Santos, A.; Sarrazin, P.; Poinso, F.& C. Deruelle, C. (2010). How to increase academic performance in children with oppositional defiant disorder? An implicit theory effect. Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry , 41, 3, 234–237.

Dale, B., S. (2000) : Learning a living : a guide to planning your career and finding a job for people with learning disabilities, ADD and Dyslexia, online, available at : http ://www.woodbinehouse.com .

Daniel ,C ; Ronald ,S ; Julie , C ; Jennifer , A & Richard , H (2004) : Proactive and Reactive Aggression in Children and Adolescents, American of Orthopsychiatry ,V.74 (2), April , PP. 129 – 136.

Daniels, H.; Visser, J.; Cole, T. & De Reybekill, N. (1999). Emotional and behavioural difficulties in mainstream schools. Research report No. 90. London: Dfee.

David , G , C & Mark , D , C (1994) : Peer Relationship Problems and Disruptive Behavior , Journal of Emotional & Behavioral Disorders, July, V. 2, Issue 3, 2 Charts, PP. 164 – 169.

David, K., A. & Bruce, S., K. (1996) : Persistent school dysfunction unrecognized comorbidity and therapy, J., Clinical and Pediatrics, Vol. 35, No. 11, p. 571 – 576 .

Davidson, G. C., & Neale, J. M. (1996). Abnormal Psychology (6th ed.). New York: Wiley and Sons, Inc.

Davison, G.& Neale, J.(1998). Abnormal Psychology. (7th ed.). New York : John Wiley & Sons, Inc.

Dayra, L., B. (2001) : A comparison of aggressiom in children with ADHD with and without learning disabilities, Diss.Abs.Int., Vol.52, No. 4B, p.2048 .

Debra , K ; Tammy , K ; Julie , S & Brenda , S (1999) : Prevention Strategies for at risk students and students with EBD

in urban elementary schools , Journal of Emotional & Behavioral Disorders, V. 7, (3) , Fall , PP. 178 – 188.

Dekker , M ; Nunn , R ; Einfeld , S ; Tonge , B & Koot , H (2002): Assessing Emotional and Behavioral Problems in children with Intellectual Disabilities , Revisiting the factor structure of the Developmental Behavior Checklist, Journal of Autism and Developmental Disorders, December, V, 32, N. 6, PP. 60 – 59.

Dell'Agnelloa, G.; Maschiettob, D.; Bravaccioc, C.; Calamonerid, F.; Masie, G.; Curatolof, P.; Besanag, D.; Mancinia, F.; Rossia, A.; Pooleh, L.; Escobari, R.; Zuddasj, A.& The LYCY Study Group (2009). Atomoxetine hydrochloride in the treatment of children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder and comorbid oppositional defiant disorder : A placebo-controlled Italian study. European Neuropsychopharmacology, 19, 11, 822–834.

Denis , S ; Arthur ,G ; Erin , S & Lisa , O (2005) : Dismantling Anger Control Training for children : A Randomized Pilot Study of Social Problem – Solving versus Social Skills Training Components, Journal of Behavior Therapy , V. 36 (1) , Winter, PP. 15 – 23.

Dianne, et al. (2002). Cooperative Learning and Social Skills Stories , Effective Social Skills Strategies for reading teachers. reading & writing , quarterly, January , 18 , 1386 – 1399.

Dick, D.; Krueger, R.; Edwards, A. et al. (2011) . Genome-wide

association study of conduct disorder symptomatology. Molecular Psychiatry Houndmills, 16, 8, 800– 809.

Dittmann,R.; Schacht, A.; Helsberg, K.; Schneider–Fresenius, C.; Lehmann, M.; Lehmkuhl, G.& Wehmeier, P. (2011). Atomoxetine Versus Placebo in Children and Adolescents with Attention–Deficit/Hyperactivity Disorder and Comorbid Oppositional Defiant Disorder: A Double–Blind, Randomized, Multicenter Trial in Germany, journal of child and adolescent psychopharmacology, 21, 2, 97–110.

Dole, J.; Duffy, G.; Roehler, L.& Pearson, P. (1991). Moving from the old to the new : Research or Reading Comprehension Instruction. Review of Educational Research, 16, 2.

Eaman, M & Altshuler , S (2004) : Can we predict Disruptive School Behavior ? children and schools , January , V. 26 , N. 1, PP . 23 – 37 .

Ehrensaft, MK ; Cohen , P ; Brown , J ; Smailes , E ; Chen , L & Johnson , JG (2003) : Intergenerational Transmission of partner violence 20– year prospective study , Journal Consult Clin Psychology , August , V. 71 (4) , PP . 741 – 753.

Eileen, Ryan & Richard,E Redding (2004):A Review of mood disorders Among juvenile offenders .psychiatric – services,vol ss (12)Dec pp.1397–1407.

Einfeld ,S & Tonge , B. (1996) : Population prevalence of Psychopathology in children and adolescents with Intellectual

Disability : II. Epidemiological findings , Journal Intellect , Disabil., Res., Apr, V. 40 (PT2) , PP. 99 –106.

Elizabeth, L., E.; Antia, B. (2000) : play fulness in children with ADHD, Occupational – therapy, J., of Research, Vol. 20, No. 1, p. 6 – 82 .

Emery, T., D. (1997) : Social skills activities that enhance relationships of children with ADHD, J., of psychology and Chiristionity, Spring, Vol. 16, No. 1, p 62 – 67 .

Emily, Simonoff, James, Elender, Janet, Holmshow, Andrew, Pickles, Robin ,Murray J michael Putter (2004): Predictors of antisocial personality : continuities from childhood to adu

Forehand, R.; Merchant , M.; Parent, J.; Long , N.; Linnea, K.& Baer, J.(2011). An Examination of a Group Curriculum for Parents of Young Children With Disruptive Behavior. Behavior Modification, 35, 3, 235–251.

Fortier, I., N. (1995) : The role of affect decoding and encoding in the social relationships of children with ADHD, PHD., Diss. Abs. Int., Vol. 56, No. 07A, p. 2610 .

Fowler, M. (1991) : Attention deficit, Mental information center for children and youth with disabilities, J., of Learning Disabilities, pp. 15 – 26 .

Frank , H & Fergert , J , M (2004) : Pharmacotherapy of Disruptive Behaviors in children and adolescents with or without Mental Retardation/ Psychopharmarmakotherapie von impulskontrollstorungen bei kindern und jugendlichen mit und ohne intelligenzminderung

, Original– Journal– Article , V.23 (6) , PP. 332 – 338.

Frank , S ; Andrea , T & George , R (2005) : Clonidine for self-injurious behavior : Erratum, Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry , V.44 (2), February , PP . 206 – 216 .

Frankel , F & Feinberg , D (2002) : Social problems associated with ADHD vs. children referred for friendship problems, child Psychiatry hum, dev., Winter ,V. 33 (2) , PP.125 –146.

Fricker – Eihai , A , E (2005) : Parent – Child interaction therapy with two maltreated siblings in foster care , clinical case studies , V. 4 , N. 1 , PP. 13 – 39.

Friman, P. & Altman, K. (1990). Parent use of DRI on high rate Disruptive Behavior : direct and collateral benefits. Res., Dev., Disabil., 11 (2) , 249 – 254.

Frolich , J ; Dopfiner , M ; Berner , W & Lehmkuhi ,G (2002): Treatment effects of combined Cognitive Behaviour Therapy Training in Hyperkinetic Syndrome, prax kinder psychology kinder psychiatry, Jul–Aug, 51(6), PP.476–493.

Gallaudet Research Institute (2003). Regional and national summary report of data from the 2002–2003 annual survey of deaf and hard of hearing children and youth. Washington, DC: GRI, Gallaudet University.

Gallaudet Research Institute (2011). Regional and national summary report of data from the 2009–2010 Annual Survey of Deaf and Hard of Hearing children and youth.

Washington, DC: GRI, Gallaudet University.

Gerald & Braswell, (1998) : Adoptive Skills Dysfunctire Classroom Behavir and ADHD children Journal Of abnormal Dsy chology ,Vol (26) , No (5) ,PP .345-356

Gerald, R. P.(1986). Performance models for antisocial boys. American Psychopathology, 41, 4, 432 - 444.

Gilmour , J ; Hill, B ; Place , M & Skue , D, H (2004) : Social communication deficits in conduct disorder clinical and community survey, Journal child psychology psychiatry , July, V. 45, (5), PP . 967 - 97

Gomez, R. & Condon, M. (1999) : Centrel auditory processing ability in children with ADHD with and without learning disabilities, J., of Learning Disabilities, Vol. 32, No. 2, pp. 151 - 158 .

Green, S , M ; Russo, M ; Navratil , J , l & Loeber , R (1999) : Sexual and Physical abuse Among Adolescent Girls with Disruptive Behavior Problems, Journal of Child and Family Studies, N.8(2), PP.151-168

Gri, R. D.& Dana, N.(1993). Family interactions and Child Psychopathology Child Development. New Orleans, 25-28.

Halgin, R., P. & Whitboume, S., K, (1997) : Abnormal : Psychology : the Human Experience of Psychological Disordes, Chicago, times mirror higher education, group, inc .

Hallahan, D., Kauffman, J., & Lioyd, J. (1986). Introduction to learning disabilities. (2nd ed.) Englewood Cliffs: Prentic-Hall Inc.

Hartley, S. L.; Sikora, D. M.& McCoy, R. (2008). Prevalence and risk factors of maladaptive behaviour in young children with autistic disorder. J. Intellect. Disabil. Res. 52, 819–829.

Heiman, T. & Margalit, M. (1998). Loneliness , Depression and Social Skills among students with Mild Mental Retardation in different education settings. Journal special education, 32, 3 ,154 – 163.

Herring, S.; Gray, K.; Taffe, J.; Tonge, B.; Sweeney, D.& Einfeld, S. (2006). Behaviour and emotional problems in toddlers with pervasive developmental disorders and developmental delay: associations with parental mental health and family functioning. J. Intellect. Disabil. Res. 50, 874–882 .

Hildebrand, M ; Ruiter , C & Nijman , H (2004) : PCL–R psychopathy predicts Disruptive Behavior male offenders in a Dutch forensic psychiatric hospital , Journal of interpersonal violence, V.19, N.1, January, PP. 13 – 29.

Hinshaw , S ; Owens ,E & Wells, K (2000) : Family Processes and treatment outcome in negative / ineffective parenting practices in multimodal treatment , Journal Abnormal Child Psychology , December , V. 28 (6) , PP. 555 –568

Holahan, c, j & Moos,r,h (1986):Life Stress and Health Personality Coping and Family Support in Stress resistance . Journal of Personnality and Social Psychology .no.12. pp 54–61.

Huang , et al (2003)· Behavioral Parent Training For Taiwanese children with ADHD, Psychiatry, Clin, neurosci, June , V· 57 (3) , PP· 275 – 281 ·

Hughes, C ; Uhite , A ; Shanpen , J & Dunn , J (2000) : Antisocial , Angry , and unsympathetic , "Hard– Mange," preschools' peer problems and cognitive influences, Journal child psychology psychiatry , February V· 41 (2), PP· 169 – 179 ·

Hursh , D ; Schumaker , J ; Fawett , S & Sherman , J (2000) : A comparison of the effects of written versus direct instructions on the application of four behavior change processes, education and treatment of children , V· 32 ,PP· 455 – 464

Isabella, S·; Antoni, S·, M·; Paulo, A· & Ayrao, F·, V· (2001) : Comorbidity among children and adolescents with ADD, Arquivosde Neuropsiquiatria, Vol· 59, No· 2B, pp· 401 – 406·

Ison , M , S (2001) : Training in social Skills : An alternative technical Handling Disruptive Child Behavior, Psychol , Rep, June, V· 88 (3ptI) , PP·903 – 911·

Jan , B ; Jan , V ; Peggy , C & Caroline , M (2001) : A Randomized controlled trial of Risperidone in the Treatment of aggression in hospitalized adolescents with subaverage cognitive abilities, Journal of clinical psychiatry , V· 62 (4) , April , PP · 239 – 248·

Jennifer, W· & Caryn, C·, L· (1994) : The social functioning of children with ADD with hyperactivity and ADD with–

out hyperactivity, J., of Emotional and Behavioral Disorders, Vol. 2, Issue 1, p. 2 – 11.

Johnson, C, R; Handen, B, L; Lubetsky & Kelley, M, J (1995): Affective disorders in hospitalized children and adolescent with mental retardation a retrospective study Research in developmental disabilities, V. 16, Issue 3, May – June, PP. 221 – 231.

Kaplan, A; Gheen, M & Midgley, C (2002): Classroom goal structure and student disruptive behaviour, British, Journal of educational psychology, V. 2, PP. 191 – 211.

Keenan, k & Wakschlag, L, S (2002): Can a valid diagnosis of disruptive behavior disorder be made in preschool children, Am., Journal of psychiatry, March, V.159(3), PP. 349 –350.

Kelly Murphy; Lea–A; Danielle; Edwards, Alric; Jolie–M; Tammy–L, Hughes: (2007) Interdependent group contingency and mystery motivers to reduce preschool disruptive behavior, Psychology in the school, V 44(1) PP .53–63.

Kelly, D.; Aylward, G.; Jones, J.; Parker–Fisher, S.; Bell, S. & Verhulst, S. J. (1992). Visual reaction time in deaf and hard of hearing children with attention deficit disorders. American Journal of Diseases of Children, 146, 466 – 467.

Kelly, D.; Fomey, G.; Parker–Fisher, S. & Jones, M. (1993b). Evaluating and managing Attention Deficit Hyperactivity Disorder in children who are deaf or hard of hearing. American Annals of the Deaf, 138, 349–357.

Kelly, D.; Forney, G.; Parker–Fisher, S. & Jones, M. (1993). Evaluating and managing attention deficit disorder in children who are deaf or hard–of–hearing. American Annals of the Deaf, 138, 349–357.

Kelly, D.; Forney, G.; Parker–Fisher, S. & Jones, M. (1993a). The challenge of Attention Deficit Hyperactivity Disorder in children who are deaf or hard of hearing. American Annals of the Deaf, 138, 343–348.

Kenneth, M., W. & Thomas, W., M. (1998) : The relationship of teacher–rated social skills deficits and ADHD characteristics among kinder garten–age children, psychology in the schools, J., Articles, Vol. 35, No. 2, p. 101 - 109 .

Kisicki, M. & French, W. (2011). Assessment of Disruptive Behavior Disorders. pediatric annals, 40,10, 506–511.

Klingberg, et al. (2005). Computerized Training of Working Memory in Children with ADHD, A Randomized Control Trial, Journal of the American Academy of Child and Adolescent of Psychiatry, 44, 177–186.

Koegel ,l; Koegel, Hurley CF Frea,w (1992) : Lmproving Social Skill S and disruptive be havior in children outism Through self –management, Journal Appl., Behar., Anal., Summer 25 (20), pp.

Kronenberger , WG ; Mathews , VP ; Dunn , DW ; Wang , EA ; Giauque , AL ; Larsen , LL ; Rembusch , ME & Lowe, TQ (2004) : Media violence exposure and executive Function aggressive and control adolescents ; Journal clinical Psychology , October , V. 15 (3) , PP . 123– 133.

Kuhne, M.; Schachar, R. & Tannock, R. (1997). impact of comorbid oppositional or conduct problems on attention-deficit hyperactivity disorderhttp://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0890856709627131 - foot1#foot1. journal of the american academy of child & adolescent psychiatry, 36, 12, 1715-1725.

Kutcher, S; Aman, M; Brooks, S; Buitelaar, J; Daalen, E; Fegert, J & Findling, R (2004): International consensus statement on ADHD and DBDS clinical implications and treatment practice suggestions, European neuropsychoharmacology, V. 14, PP .11 - 28.

Lauth, J. W.& Weiss, S. R. (2003). Modification of self - injury and self- mutilation behavior- analysis of a single case intervention of a boy in a school for mentally retarded. prax kinder psychol kinder psychiatry, February, 52 (2), 109 - 121.

Leblanc, M. & Rtichie, M. (2001). Ameta - Analysis of play therapy out comes. Counseling psychology quarterly, 14, 149.

Lecavalier, L. (2006). Behavioral and emotional problems in young people with pervasive developmental disorders: relative prevalence, effects of subject characteristics, and empirical classification. J. Autism Dev. Disord. 36, 1101-1114.

Lehmkuhl, H.; Storch, E.; Rahman, O.; Freeman, H.; Geffken, G. & Murphy, T. (2009). Just Say No Sequential Parent Management Training and Cognitive-Behavioral Therapy for a Child With Comorbid Disruptive Be-

havior and Obsessive Compulsive Disorder. Clinical Case Studies, 8 (1), 48- 58.

Lerner, J. V., & Castellino, D. R. (2000). Parent-child relationship: Childhood. In A. E. Kazdin (Ed). Encyclopedia of psychology, Vol. 6. (pp. 46-50). Washington.

Lier , P ; Verhulst , F; Ende , J & Crijnen , A (2003) : Classes of disruptive behavior in a sample of young elementary school children , Journal of child psychology & psychistry , March , V. 44, N. 3 , PP. 377 - 387.

Lin , H , H ; Chen , C , C ; Ching , T , C & Chen , Y, P (2003) : Behavioral parent training for Taiwanese parents of children with ADHD, Psychiatry and clinical neurosciences , V. 57 (3) , June , PP. 275 - 281.

Lnes, A. (2002). An examination of music therapy program designed to improve adaptive behaviors among adults with profound developmental disabilities. Diss., Abst., Inter., 41-05, 1238.

Loeber, R.; Burke, J D.; Lahey, B. B.;Winters, A.& Zera, M.(2000). Oppositional Defiant and Conduct Disorder: A Review of the Past 10 Years, Part I. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry , 39, 12, 1468-1484.

Loreta, B., A. (1994) : Teachers' ratings of oral language, attention, social, emotional, reading and artithmetic performance in children with ADHD and nonverbal learning disabilities, MA., online, available at : http://galileo.galip.uga.edu.

Lucas, T., M. (1996): The social knowledge and peer relationships of girls with ADHD in comparison to boys with ADHD in comparison to boys with ADHA and non-disordered children, PHD, Diss.Abs.Int., Vol. 57, No., 06 B, p. 5061.

Lynn, M., E. (1997) : The relationship among ADHD, learning Disabilities and central auditory processing discorder, MA., Diss.Abs.Int., Vol. 36, No., 06, p1443.

Madonna, T.& Jeff, S. (1998). Use of noncontingent reinforcement in the treatment of challenging behavior , Behavior modification , V. 22 (4) , PP. 529 – 548.

Mahim , Jain ,Luis–Guillerma,Palacio,F– Xavier , castellanos ,Juan–David , Palacio (2007):ADHD and comorbid disruptive behavior disorders :evidence of pleiotropy and new susceptibility loci, Biological – psychiatry ,vol.,61(12)jun,pp. 1329–1339.

Marie, I., S. (1992) : Social skills of preadolescent boys with ADHD, PHD, Diss.Abs.Int., Vol. 53, No. 80B, p. 4081.

Mark , H & Robert , F (2000) : Differential reinforcement of other behavior (DRO) to reduce aggressive behavior following traumatic brain injury, behavior modification , V. 24 , N (1) , PP. 94 – 101.

Maunda, M , A (2004) : A Program Evaluation of the " Getting What you want Program": A Treatment Program for Adolescents with Externalizing Behavior Disorders , Diss., Abst., Inter., V. 65 – 05B , P. 2639.

Mcburnett , K ; Kerckhoff , C ; Capasso , L ; Pififfner , LJ ; Nccord

, M & Harris , SM (2001) : Antisocial personality , substance abuse and parental violence in males referrefd fordo violence, violence, vict, October , V. 16 (5) , PP. 491 - 506.

McInnes, A.; Humphries, T.; Hogg-Johnson, S.& Tannock, R. (2003). Listening comprehension and working memory are impaired in attention-deficit hyperactivity disorder irrespective of language impairment. Journal of Abnormal Child Psychology. 31, 427-443.

Mckay, M , M ; Gonzales , J ; Quintana , E ; Kim , L & Adil , J , A (1999) : Multiple family groups : An alternative for reducing disruptive behavioral difficulties of urban children , Research on social work practice , V. 9, N. 5, September ,PP. 593 - 607.

Mcmains, B & Maynard , V & Conlan , V (2003). Conduct Disorder:Treatment Recommendations For Vermont Youth, Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry,. 42,.2.

Mcminn, B & Draper, B (2005) : Vocally disruptive behaviour in dementia : Developractice guideline , Aging mental health, January , V. 9 (1) , PP. 16 - 24.

Melanie, C,F(2003): The etiology of ADHD and comorbid disruptive disorders : A behavioral genetics analysis, Dis., Abs., inter., V. 64-10B.P.5214.

Michael , A ; Jan , B ; Goedele , D ; Robert , W & Catin , B (2005) : Pharmacotherapy of disruptive behavior and item changes on a standardized rating scale : pooled analy-

sis of risperidine effects in children with subaverage IQ , Journal of child and adolescent psychopharmacology, V. 15, (2), June, PP. 220 - 232.

Michael, F. (2011). The effective teacher's guide to behavioural and emotional disorders; disruptive behaviour disorders, anxiety disorders and depressive disorders, and attention deficit hyperactivity disorder, 2d ed. Reference and Research Book News. Portland, 26, 3.

Michael, M. R. (1993) : Co-mobid psychopathology and academic underachievement in ADHD subgroups, PHD., online, available at: http://galib.uga.edu.

Mitchell, T.V. & Quittner, A. L. (1996). Multimethod study of attention and behavior problems in hearing-impaired children. Journal of Clinical Child Psychology, 25, 83-96.

Molteno, G ; Molteno , C ; Finchilescu , G & Dawes , A (2001): Behavioural and emotional problems in children with intellectual disability attending special schools in cape tow south Africa , Journal intellect., Disabil., Res., December , V. 45 (Pt6) , PP.515-520

Moss, H. B. & Lynch, K, G. (2001) : Comorbid disruptive behavior disorder symptoms and their relationship to adolescent alcohol use disorders , drug and alcohol dependence , V. 64 , PP. 75 - 83

Murphy, M., Cowan, R., & Sederer, L. (2001). Disorders of childhood and adolescence. Blueprints in Psychiatry, Second Edition. Malden, Mass: Blackwell Science, Inc., 42.

Nancy, Y., K. (1996) : Teachers perceptions of ADHA in Taiwan : implications for universalistic and cultural relativistic perspectives of disability, Canda, public schools, students, elementary school, ADHD, PHD, Diss. Abs. Int., Vol. 57, No. 06A, p. 2366 .

Nicholas, T (2003) : Solution focused parent groups : A new approach to the treatment of youth disruptive behavioural difficulties , Psychology general , V. 64-04b , PP. 260 – 271 .

Nolan, M.& Carr, A. (2000). Attention deficit hyperactivity disorder. In A. Carr (ed.) What Works With Children And Adolescents? A Critical Review Of Psychological Interventions With Children, Adolescents And Their Families (pp. 65-102). London: Routledge.

O'Connell, J.; CCC-SLR, M. & Casale, K. (2004). Attention Deficits and Hearing Loss: Meeting the Challenge . The Volta Review, 104 (4), 257-271.

Packman, J.& Bratton, S.(2003). A School-Based Group Play/ Activity Therapy Intervention with Learning Disabled preadolescents Exhibiting Behavior Problems. International Journal of Play Therapy,12, (2),7-29.

Parasnis, I.; Samar, V. J. & Berent, G. P. (2001). Evaluating ADHD in the deaf population: challenges to validity. NTJD Research Bulletin, 6,1,1-5.

Pardini, D. A. & Fite, P. J. (2010). Symptoms of Conduct Disorder, Oppositional Defiant Disorder, Attention-Deficit/ Hyperactivity Disorder, and Callous-Unemotional

Traits as Unique Predictors of Psychosocial Maladjustment in Boys: Advancing an Evidence Base for DSM-V, Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry , 49, 11, 1134-1144.

Patrick, M,; O'callaghan. Keith-D, Allen,Shawn, Powell & Fouad, Salama (2006): The efficacy of noncontingent escape for decreasing children's disruptive behavior during restorative dental treatment ,journal of Applied Behavior analysis. vol 39(2) sun .pp. 161-171.

Pisecco, S. et al. (2001). The Effect of Child Characteristics on Teachers Acceptability, of Classrooms- Based Behavioral strategies and Medication Treatment of ADHD. Journal of Clinical and Child Psychology, 30,413-421

Rabiner, D. (2005). A New Way of Looking at ADHD, Barkley's Theory. On line http://www.helpforadd.com/ 2005/ october. Htm.

Rabiner, et al. (1999). Role of Attention Problems in The Development of Children's Reading Difficulties. Journal of Attention Research Update, March

Rabiner, P. & Maloneret, L. (2004). The Impact of Tutoring on Early Reading Achievement in Children With and Without Attention Problems. Journal of Abnormal Child and Psychology, 32, 273- 284.

Reese , R , M ; Sherman , J , A & Sheldon , J , B (1998) : Reducing disruptive Behavior of a group home resident with autism and mental retardation , Journal of autism and developmental disorders , V. 28 (2) , PP. 159 - 165.

Reitman , D ; Hupp , S ; O'callaghan , P ; Gulley , V & Northup , J (2001). The influence of a token economy and methylphenidate on attentive and disruptive behavior during sports with ADHA- diagnosed children , behavior modification , V. 25 , N. 2 , April , PP. 305 - 323.

Renz, K.; Milich, R.; Lemberger, C.; Bodner, A. & Uelsh, R(2003) : On-line story Representation in boys with ADHD, J., Abnormal Child Psychology, Vol. 31, No. 1, pp. 93 - 104 .

Repp, A. C. & Karsh, K. G. (1990). A taxonomic approach to the nonaversive treatment of maladaptive behavior of persons with developmental disabilities. In A. C. Repp & N. N. Singh (Eds.), Perspectives on the use of nonaversive and aversive interventions for persons withdevelopmental disabilities (pp. 331-347).Sycamore, IL: Sycamore.

Richard, M., M.; George, H., W.; Michaelo, H., J. & Josh. H (1997): Academic underachievement in ADHD subtypes, J., Learning Disabilities, Vol. 30, No., 6, pp. 635 - 642 .

Rief, S. F. (2005). How to reach and teach children with ADD/ ADHD practical techniques, strategies, and interventions. San Francisco: Jossey-Bass.

Robert, H. M. (1995). Assertiveness and social support in older visually impaired adults. Journal of Visual Impairment & Blindness, part 1of 2, Vol. 89 (6).

Ronald , L ; Sarah , L & Michael , A (2004) : Discontinuation of risperidone and reversibility of weight gain in children

with disruptive behavior disorders, clinical pediatrics, V.43 (5), June, PP. 437 – 444.

Rowand, R.; Kennedy, A. & Robert, K. (1999). Cognitive Behavioral Modification of Hyperactivity Impulsivity. Journal of Educational Psychology, 91, 2, 195–203.

Rowe, J.; Sullivan, P.; Mulder, R. & Joyce, P. (1996). The effect of a history of conduct disorder in adult major depression. Journal of Affective Disorders, 37, 1, 12, 51–63.

Roy, F., C. & Carol, O. (2000) : Attention deficit disorder : two mothers, Perceptions, online, http://orders.edrs.com/members/ sp.cfm?An ED441294.

Ruble, D– (1978): sex differences in personality and abilities in J, Frieze, J parsons, P. Johson D puble & G Zeuman (eds) women & sex Roles. Asocial psychological perspective (pp 45 – 65) New york,WW Norton on Company.

Rufus, L. (1998). The effect of behavior group counseling on improving self – esteem, perceived self – control and classroom behavior of elementary students (intervention, disruptive behavior), Diss., Abst., Inter., 59– 10A, 0622.

Samantha, C., E, (1997): The cognitivie profiles of the inattentive and hyperactivity–impulsive subtypes of ADHD, Diss. Abs.Int., Vol. 58, No. 11B, P. 6229.

Samuel, Kuperman, Steven, Schlosser, John – R, Kramer F Kathleen ,Bucholz (2001): Developmental sequence from disruptive behavior diagnosis to adolescent alcohol dependence, American journal of psychiatric. V.158 (12)

Dec pp.2022-2026.

Sarah, W., F. (1997) : A little understood solution to a vaguely defined problem : parental peraptions of Ritalin J., Education and Child Psychology, Vol. 14, No. 1, p. 50 - 59.

Schweltzer, J., B. & Azaroff, B., S. (1995) : Self-control in boys with ADHD : effects of added stimulation and time , J., Child Psychology and Psychial, Vol. 36, No., 4, pp. 671 - 686.

Slavin, R.(1994). Cooper learning: theory, research and practice. 2nded. Boston; Ally And Bacon.

Steven, L. & Lisa, M., A, (1991) :Social skills deficits in children with ADHD, School Psychology Reviw, Vol. 20, No. 2, pp. 235 - 251.

Stowe, R , M ; Arnold, D , H & Ortiz , C (2000) : Gender differences in the relationship of language development to disruptive behavior and peer relationships in preschoolers , Journal of applied deelopmental psychology , V. 20(4), PP. 521 - 536.

Sukhodolsky, D, G; scahill, L;zhang, H Peterson, B.Z (2003) : Disruptire Behvior in cgildren With Tourette,s Syndrome: Association With ADHD Comorbidity, TIC Severity and Funetional Lmpairmwnt, Journalt risk Of behoviour Problem Children With Severe Lntellectuold Academy OF child Adolescnt Psychiatry, 42 (1) ,PP. 98- 105.

Sukhodolsky, D.; Golub, A.; Stone, E. & Orban, L. (2005). Dis-

mantling Anger Control Training for Children : A Randomized Pilot Study of Social Problem - Solving Versus Social Skills Training Components. Journal of Behavior Therapy, 36, 1, 15 – 23.

Susan, S & Candace , D (1996) : A Multimethod intervention for social skills deficits in children with ADHD and their parents, school psychology review , V. 25 , Issue 1 , PP. 57 – 77.

T.M.H.C., Transcultural Mental Health Centre (2002). Disruptive disorders in children. Freecall for rural and remote areas of NSW: 1800 64 8911.

Therese, H., K. (1998) : The relationship between the affective processing capabilities and social skills functions of children with ADHD , PHD., Diss.Abs.Int., Vol. 59, No. 10 B, p. 5566 .

Timothy, G., R. (1997) : An examination of social goals in boys and girls with ADHD, PHD., Diss.Abs.Int., Vol. 58, No. 10 B, p. 5566 .

Tracy, l & Sandra,h (1999):The relation of Parental Affect and Encouragement to children»s Moral Emotions and Behavior. Journal of Moral Education .Vol.28.Issue 3.pp 323–338.

Tremblay, G (1999) : The development of parent– child relationship perceptions in boys from childhood to adolescence : A comparison between disruptive and non–disruptive boys, Child and adolescent social work Journal , 21(4) , PP. 407– 426.

Van - Goozen , S , H ; Cohen , P , T ; Snoek , H ; Matt , S , H & Van , H (2004) : Executive functioning in children : A comparison hospitalized ODD and ODD/ADHD children a normal controls , Journal , child psychology psychiatry , February , 45 (2) , PP. 284 - 272.

Van - Goozen, S. H.; Cohen, P. T.; Matthys, W. & Engeland, H. V.(2002). Preference For Aggressive and sexual Stimuli in children with Disruptive Behavior Disorder and Normal controls. Journal of Archives of sexual Behavior, 31 (3), 247 -253.

Van Eldik, T.T. (2005). Mental health problems of Dutch youth with hearing loss as shown on the youth self report . American Annals of the Deaf, 150, 11-16.

van Gent, T., Goedhart, W, A., Hindley, P. A., and Treffers, P. D. A. (2007). Prevalence and correlates of psychopathology in a sample of deaf adolescents. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 48 (9) 950-958.

Veiga, F. H., (2008). Disruptive Behavior Scale Professed by Students (DBS-PS): Development and Validation. International Journal of Psychology and Psychological Therapy, 8, 2, 203-216.

Vitaro, F.; Brendgen, M.; Richard, E. & Tremblay, H. (1999). Prevention of school dropout through the reduction of disruptive behaviors and school failure in elementary school. Journal of school psychology, 37, 2, 305 - 226.

Waschbusch , D , A ; Pelham , W , E ; Jennings , J , R ; Greiner, A , R ; Tarter , R , E & Moos , H , B (2002) : Reactive

aggression in Boys with Disruptive Behavior Disorders , Behavior , physiolog and affect , Journal ,of abnormal child psychology , V. 30 (6) , PP. 641– 656.

Wells, K. (2004). Treatment of ADHD in children and adolescents. In P. Barrett and T. Ollendick (eds) Handbook of Interventions that Work with Children and Adolescents: Prevention and Treatment (pp. 343–368). Chichester: Wiley.

Westbrook, D.; Kennerley, H. & Kirk, J. (2007). An Introduction to Cognitive Behavior Therapy Skills and Applications, London: Sage publications.

Whalen, C. K. & Henker, B. (1987). The social worlds of hyperactive (ADDH)children. Clinical Psychology Review, 5, 447–478.

William, D.(1990). psychodrama : Discovering New Meaning in Persomal Drama, New Directions for Adult and Continuing Education. Journals in Education, 1, 45, 27–36.

Witwer, A. & Lecavalier, L. (2010). Validity of Comorbid Psychiatric Disorders in Youngsters with Autism Spectrum Disorders. J Dev Phys Disabil, 22: 367–380.

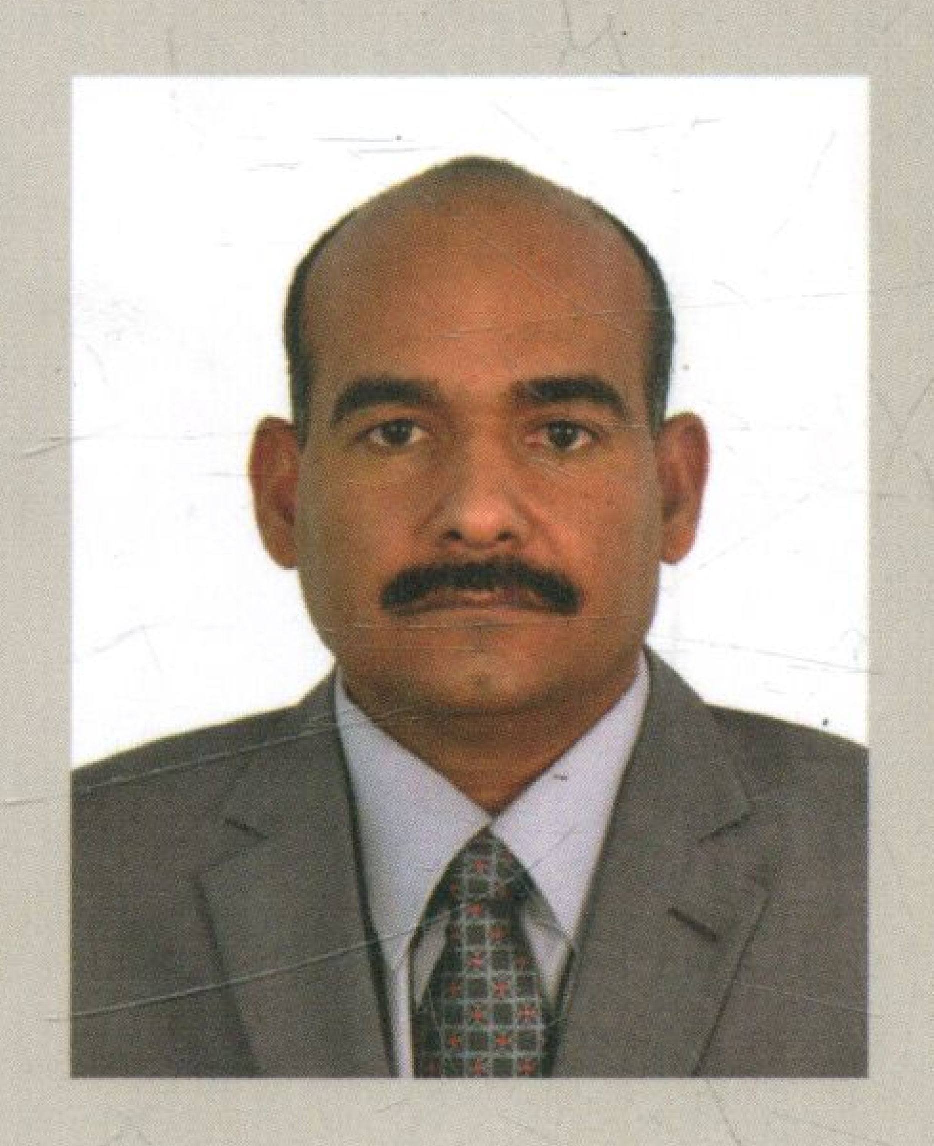
Wolter, E, M. (2002) : A comparison of group social skills training and individual social skills training for children diagnosed with disruptive behavior disorders, Diss., Abst., Inter., V. 63– 04A , P. 1264.

Wozniak, J.; Biederman, J.; Faraone, S.; Blier, H. & Monuteaux , M. (2001). Heterogeneity of childhood conduct disor–

der : further evidence of a subtype of conduct disorder linked to bipolar disorder. Journal of Affective Disorders, 64, 2, 121–131.

Zentall, S.(1993). Research on the educational implications of attention deficit hyperactivity disorder. Exceptional Children, 60, 143–153.

Zentall, S.(1995). Modifying classroom tasks and environments. In S. Goldstein (Ed.), Understanding and managing children's classroom behavior (pp. 356– 374). New York: John Wiley.



اضطرابات السلوك

الفوضوى

هذا الكتاب

يعد الكتاب الحالي " اضطرابات السلوك الفوضوى " واحد من الكتب المهمة فى مجال الاضطرابات السلوكية والتربية الخاصة والصحة النفسية. عالجا فيه المؤلفان مصطلح " اضطراب السلوك الفوضوى " وهو ترجمة للمصطلح الانجليزىDisruptive Behavior Disorder, وتمت المعالجة من خلال التعريف بالمفهوم , والأسباب , والأعراض والتشخيص , والخصائص , والعلاج , والتربية. وتم دعم موضوعات الكتاب بأحدث نتائج الدراسات والبحوث والأطر النظرية , والتوجهات العالمية






ISBN 978-977-05-2749-8
9 789770 527498



Available on IOS and Android
Anglo eBooks



www.anglo-egyptian.com